



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp, Grundnivå (G2E)
Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Examinerat och godkänt: 2025-04-09

Att leva med hjärtsvikt: Patienters erfarenheter av egenvård i möte med öppenvården

- En allmän litteraturstudie

Living with heart failure: Patients' experience of self-care in convergence with outpatient care

- A general literature study

Författare: Louise Carlsson
Maja Torkelsson Staaf

Handledare: Mia Kraft, Högskoleadjunkt

Examinerande lärare: Göran Holst, Högskolelektor och docent

Röda Korsets Högskola

Besöksadress: Hälsovägen 11C, 141 57 Huddinge | Postadress: Röda Korsets Högskola, Box 1059, 141 21 Huddinge
Telefon: 08 – 587 516 00 | E-post: info@rkh.se | www.rkh.se

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Hjärtsvikt är en växande folkhälsoutmaning som innebär stor påverkan för personers vardag och livskvalitet. Särskilt hjärtsviktens egenvård är en komplex aspekt som kan innebära ett ökat lidande. Många personer befinner sig inom en öppenvårdskontext, där sjuksköterskan är en viktig komponent för att möjliggöra en förbättrad samt personcentrerad omvårdnad som stödjer egenvården. **Syfte:** Syftet med studien var att beskriva patienters erfarenheter vid hjärtsvikt av att hantera egenvården och erhålla stöd från öppenvården. **Metod:** En allmän litteraturstudie baserad på tio kvalitativa vetenskapliga artiklar. Artiklarna insamlades genom CINAHL och PubMed, analyserade med innehållsanalys. **Resultat:** Två huvudkategorier identifierades: *Anpassningen till en förändrad livssituation* och *Användningen av resurser för att bibehålla hälsa*. Dessa med fem tillhörande subkategorier: *Att behöva lära sig nya dagliga rutiner*, *Att finna motivation för upprätthållandet av egenvård*, *Att behöva stöd med uppmuntran*, *Att inhämta information i upprätthållande syfte* och *Att använda verktyg som underlättar vardagen*. **Slutsats:** Erfarenheterna hos personer som lider av hjärtsvikt inom deras egenvård är många, faktorerna som inverkar är komplexa och ett stort lidande förefinns. Stödjande resurser såsom närstående och digitala verktyg har en betydande roll inom hanteringen av egenvården, där en varierande grad av hälsolitteracitet även inverkar. Dessa erfarenheter tyder på att mer forskning krävs för att kunna förstå och understödja patienternas egenvård inom öppenvården. **Nyckelord:** Egenvård, erfarenheter, hjärtsvikt, patienter, öppenvård

ABSTRACT

Background: Heart failure is a growing public health challenge, with a significant impact on people and their quality of life. The self-care is a complex task, which can lead to increased suffering. Many require outpatient care and nurses are important to deliver person-centered care which supports self-care. **Aim:** The aim of this study was to describe patients' experiences with heart failure in managing self-care and receiving support from outpatient care. **Method:** A general literature study based on ten qualitative articles. The articles were collected through CINAHL and PubMed, analyzed using content analysis. **Results:** Two categories were found: *The adaptation to a changed life situation* and *The usage of resources to maintain health*. Five subcategories were identified: *Having to learn new daily routines*, *Finding motivation for withholding self-care*, *Needing support with encouragement*, *Finding information with a withholding purpose* and *Usage of tools that support everyday life*. **Conclusion:** Experiences surrounding self-care in heart failure are many, the factors that influence are complex, and a large amount of suffering is seen. Supportive assets such as relatives and digital tools have a significant role in the management of self-care alongside the patients' degree of health literacy. These experiences indicate the presence of a need for more research to understand and assist patients in their self-care whilst in outpatient care. **Keywords:** experiences, heart failure, outpatient, patients, self-care.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	1
BAKGRUND	2
Kardiovaskulära sjukdomar är globala hälsoutmaningar.....	2
Hjärtsviktens upplevda symtom, dess orsak och behandling	2
Sjuksköterskans omvårdnadsansvar vid hjärtsvikt.....	3
Patienternas egenvård vid hjärtsvikt.....	4
Bärande begrepp	5
Lidande	5
Person.....	5
Problemformulering.....	6
SYFTE	7
METOD	8
Design	8
Urval.....	8
Datainsamling.....	8
Dataanalys	10
Etiska aspekter.....	13
RESULTAT	15
Anpassningen till en förändrad livssituation.....	15
Att behöva lära sig nya dagliga rutiner.....	15
Att finna motivation för upprätthållandet av egenvård.....	17
Användningen av resurser för att bibehålla hälsa.....	18
Att behöva stöd med uppmuntran.....	18
Att inhämta information i upprätthållande syfte	20
Att använda verktyg som underlättar vardagen.....	20
DISKUSSION	22
Metoddiskussion.....	22
Resultatdiskussion.....	24
SLUTSATSER.....	28
REFERENSER.....	29
BILAGOR.....	1
BILAGA I. Sökmatris CINAHL.....	1

BILAGA II. Sökmatrix PubMed.....	2
BILAGA III. Artikelmatrix.....	3
BILAGA IV. SBU:s kvalitetsgranskningsmall för studier med kvalitativ metodik.....	11

INTRODUKTION

Genom verksamhetsförlagd utbildning på sjuksköterskeprogrammet och genom arbetslivserfarenheter har författarna mött personer som lider av hjärtsvikt. Under dessa möten har författarna erfarit hur komplexa behov dessa personer har och hur förmågan till egenvård kan variera. Hjärtsviktens olika symtom i kombination med bristande egenvård kan båda innebära en negativ effekt för personernas livskvalitet (Hu et al., 2020; McDonagh et al., 2021). Denna sänkta livskvalitet kan i sin tur innebära ett lidande för den drabbade personen. Genom att undersöka patienters erfarenheter vid hjärtsvikt av att hantera egenvården och att erhålla stöd från öppenvården, kan deras kunskapsluckor identifieras. Samhällsnyttan av denna litteraturstudie kan ge en ökad förståelse hos sjuksköterskor för personer som lider av hjärtsvikt angående deras behov och vilken kunskap och råd de behöver. Denna ökade förståelse kan leda till ett minskat lidande och ökad livskvalitet hos personer med hjärtsvikt.

BAKGRUND

Kardiovaskulära sjukdomar är globala hälsoutmaningar

Kardiovaskulära sjukdomar står för en stor andel av den globala sjukdomsördan, och är den ledande dödsorsaken världen över (Mensah et al., 2023). Incidensen av kardiovaskulära sjukdomar har minskat under de senaste 30 åren inom höginkomstländer, samtidigt som en ökning har bevitnats i låg- och medelinkomstländer (Qu et al., 2024). Denna ökning tros vara relaterat till faktorer såsom miljö, livsstil och utbildning (Qu et al., 2024). Hjärtsvikt, ett tillstånd inkluderat i kardiovaskulära sjukdomar, är en komplex folkhälsoutmaning där över 64 miljoner människor förväntas vara drabbade globalt (Mensah et al., 2023). Incidensen av hjärtsvikt beskrivs av McDonagh et al. (2021) följa en nedåtgående kurva i välutvecklade länder, men en generell ökning av incidens syns dock globalt sett. Incidensen i Europa ses vara 5 av 1000 vuxna och prevalensen uppemot 1–2 procent av vuxna. Bakom detta tros ett stort mörkertal ligga då statistiken utgår från studier där hjärtsvikt är fastställt med en diagnos (McDonagh et al., 2021). I Sverige uppskattas ungefär 200 000 människor leva med hjärtsvikt och lika många tros leva med en nedsatt funktion av hjärtat (RiksSvikt, 2024). Det betyder att hjärtsvikt räknas som en av Sveriges folksjukdomar. Incidensen stiger vid åldrande, och hjärtsvikt återfinns hos 10% av den svenska befolkningen på 80 år och äldre (RiksSvikt, 2024).

Hjärtsviktens upplevda symtom, dess orsak och behandling

Personer som lider av hjärtsvikt kan ha skilda upplevelser av tillståndet (Kareld, 2020). Symtomen kan uppvisa varierande uttryck, beroende på hjärtsviktens patofysiologiska mekanismer samt vilken del av hjärtat som är påverkat. Kareld (2020) beskriver att symtomen kan vara relaterade till respiration, cirkulation, förmåga och nutrition. Respiratoriska symtom innefattar dyspné, nattlig hosta samt andnöd vid planläge. Ödem, takykardi, perifer kyla och cyanos är cirkulatoriska symtom som personer med hjärtsvikt kan uppleva. Symtom relaterat till nutrition och förmåga såsom illamående, aptitlöshet, ökad urinmängd nattetid, trötthet och en nedsatt prestationsförmåga kan förekomma. Personer med hjärtsvikt kan även drabbas av sömnproblem. Kareld (2020) menar att orsaken till det är både fysiska symtom såsom nattlig hosta och dyspné, men även psykiska faktorer såsom dödsångest (Kareld, 2020, s. 112). Ski et al. (2024) omnämner att depression förekommer mer frekvent hos personer som lider av hjärtsvikt än hos populationen i övrigt och att depressionen ofta är svårupptäckt och långvarig. Depression är sammankopplat med sämre prognos, förhöjd mortalitet och morbiditet (Ski et al., 2024). Hjärtsviktens olika symtom kan ha en negativ effekt för de drabbade personernas livskvalitet (Hu et al., 2020). Några symtom som har en särskilt destruktiv inverkan på livskvaliteten är trötthet, ödem, illamående och ångest (Hu et al., 2020). Nutritionsproblem hos personer med hjärtsvikt beskrivs av de Jorge-Huerta et al. (2024) att det medför ett behov av förebyggande åtgärder mot malnutrition, som har en negativ inverkan på prognos och livskvalitet. Personer med hjärtsvikt har en högre risk att drabbas av både malnutrition och sarkopeni, relaterat till tillståndets symtom samt biverkningar från läkemedelsbehandling (de Jorge-Huerta et al., 2024). Habaybeh et al., (2020) nämner att diuretika riskerar att ge biverkningar såsom aptitlöshet, illamående, muntorrhet och ökad törst. Dessa faktorer innebär flertal risker såsom ökad risk för överdrivet vätskeintag, som kan innebära en försämring av symtom i form av dyspné, hosta och ödem (Habaybeh et al., 2020).

Hjärtsvikt är inte en sjukdom, utan definieras som ett tillstånd med symtom och tecken på nedsatt kardiovaskulär funktion (McDonagh et al., 2021). Hjärtsviktens symtom härrör från en funktionell eller strukturell förändring av hjärtats pump- samt fyllnadsförmåga. Detta leder till en potentiellt nedsatt förmåga att möta kroppens metabola behov i vila och vid fysisk aktivering (McDonagh et al., 2021). Kareld (2020, s. 104) lyfter fram att de vanligaste orsakerna till uppkomst av hjärtsvikt är ischemisk

hjärtsjukdom och hypertoni. Dessa två bakgrundsorsaker beräknas stå för 75% av all hjärtsvikt (Kareld, 2020). Behandling vid hjärtsvikt utgår från flera aspekter enligt Kareld (2020). Behandlingen är ofta multimodal och innefattar medicinska strategier men även omvårdnadsåtgärder. Den farmakologiska behandlingen omfattar olika typer av läkemedel som utövar effekter på hjärtats pump- och arbetsförmåga. Andra läkemedel vid hjärtsvikt är exempelvis läkemedel som ökar diures och därmed minskar belastningen på hjärtat (Kareld, 2020, s. 107–112). Förutom medicinska åtgärder är egenvård vid hjärtsvikt en del av behandlingen, som främst handlar om personernas förmåga att kunna hantera och monitorera tillståndets utveckling (Sedlar et al., 2021). Detta genom aspekter såsom restriktioner inom intag av salt och vätska, monitorering av vikt, fysisk aktivitet och kännedom samt utbildning inom hjärtsvikten (Sedlar et al., 2021).

Sjuksköterskans omvårdnadsansvar vid hjärtsvikt

Sjuksköterskans omvårdnadsarbete grundar sig i de mänskliga rättigheterna som Förenta nationerna fastslog 1948 (United Nations General Assembly, 1948). En del av de mänskliga rättigheterna beskriver att varje person har rätt till en levnadsstandard som resulterar i fullgod hälsa och komfort. En tillräcklig levnadsstandard innebär att basala behov fullgörs, däribland tillgång till hälso- och sjukvård (United Nations General Assembly, 1948). Agenda 2030 är en deklaration med 17 mål som antogs år 2015 och som har till syfte att bidra till global hållbar utveckling (Svenska FN-förbundet, u.å). Mål nummer 3: God hälsa och välbefinnande, syftar till att främja hälsa och välbefinnande hos alla människor, oavsett ålder (Svenska FN-förbundet, u.å). World Health Organisation [WHO] beskriver att sjuksköterskans omvårdnadsarbete innefattar både autonomi och delaktighet, att sjuksköterskan ger denna omvårdnad till alla personer oavsett ålder, både vid hälsa och sjukdom (WHO, u.å). WHO tillkännager att sjuksköterskans kompetens är en essentiell del av hälso- och sjukvården, och belyser även deras funktion i att uppnå målen i Agenda 2030 (WHO, 2020).

International Council of Nurses' [ICN:s] etiska kod fungerar som en etisk vägledning för sjuksköterskor inom professionen, i relation till ansvar, uppförande och bemötande (ICN, 2023). Koden beskriver bland annat att sjuksköterskors främsta ansvar är att ge personcentrerad omvårdnad baserad på evidens till behövande personer, familjer eller grupper. Sjuksköterskan ska även främja de mänskliga rättigheterna, samt enskildas värderingar, sedvänjor samt religiösa och spirituella uppfattningar (ICN, 2023, s. 2–8). *Värdegrund för omvårdnad*, utarbetad av Svensk Sjuksköterskeförening, syftar till att utgöra ett stöd, samt fungera som ett gemensamt professionsetiskt förhållningssätt för sjuksköterskor (Svensk sjuksköterskeförening, 2024). *Värdegrunden* beskriver en omvårdnad som utgår från en humanistisk människosyn, vars syfte är att främja hälsa, förebygga ohälsa, lindra lidande samt understödja värdighet i livets slutskede. Omvårdnaden ska vara jämlik och inte påverkas av faktorer såsom ålder, etnicitet och kön (Svensk sjuksköterskeförening, 2024). En väsentlig del i sjuksköterskans arbete är att kunna möta patienten som en person, och att tillämpa en personcentrerad omvårdnad (Öhlén & Friberg, 2019). En personcentrerad omvårdnad syftar till att tillgodose alla behov en person har, inte endast de fysiska, utan även de sociala, existentiella och psykiska (Öhlén & Friberg, 2019, s. 327–331). Ross et al. (2014) menar att en personcentrerad omvårdnad har en gynnsam effekt på alla inblandade. Omvårdnad som utformas efter unika behov bidrar till positiva resultat, både för patienten, anhöriga och för sjuksköterskornas arbetstillfredsställelse (Ross et al., 2014).

Sjuksköterskans omvårdnadsansvar vid hjärtsvikt är att ge information, driva patientutbildning, kontrollera patientens status och införa lämpliga åtgärder vid behov samt följa aktuella riktlinjer (Rasjö Wrååk et al., 2018). Information och utbildning till patient och anhöriga ska inkludera bland annat orsaker till hjärtsvikt, hjärtats normalfunktion och vad som blir avvikande vid hjärtsvikt, symtom som kan uppstå, olika behandlingar som finns och vad patienten kan göra själv för att underlätta tillståndet

(Rasjö Wrååk et al., 2018). Inom öppenvården menar Lenz (2008) att patientutbildning inom egenvård är en stor del av sjuksköterskans arbete. Öppenvård beskrivs som en hälso- och sjukvårdsinsats som erbjuds till patienter som inte kräver ineliggande vård och som kan återvända till sitt hem samma dag. Öppenvården kan vara i olika former såsom kliniker, hälsocentraler och specialismottagningar (Lenz, 2008). Sjuksköterskeledda insatser inom öppenvård har visat sig förbättra en personcentrerad samt multidisciplinär vård och har minskat antalet återinläggningar på sjukhus, som är en stor del av problematiken vid hjärtsvikt (Liljeros & Strömberg, 2019).

Patienternas egenvård vid hjärtsvikt

Inom omvårdnaden av hjärtsvikt är en särskild viktig aspekt patientens förmåga att utföra egenvård. Audulv (2019) beskriver att egenvård är olika åtgärder som en person utför i syfte att främja sitt välmående, och är en process som styrs av individuella behov och resurser (Audulv, 2019). McDonagh et al. (2021) beskriver att rekommendationer kring egenvård fastslås i många internationella riktlinjer och vårdprogram inom hjärtsviktsbehandling (McDonagh et al., 2021).

En väsentlig del av egenvården består av egenkontroll, vilket innebär förmågan att igenkänna, övervaka och upptäcka olika förändringar i symtom som tyder på försämring (Riegel et al., 2016). Cajita et al. (2016) benämner att en viktig aspekt av egenkontroll är nivån av hälsolitteracitet. Hälsolitteracitet beskriver personers kapacitet att skaffa, bearbeta och förstå information rörande hälsa och resurser, och förmågan att därefter fatta lämpliga beslut (Ratzan & Parker, 2000, refererad i Nielsen-Bohlman et al., 2004, s. 31). Olika förutsättningar som har en inverkan på hälsolitteracitet är exempelvis etnicitet, ålder, utbildningsnivå och kognitiva funktioner. Låg hälsolitteracitet kan innebära svårigheter i att förstå information från journal, läkemedelsinstruktioner, bearbeta verbal information från vårdpersonal och att förstå olika informationsblad. Detta kan medföra att patientens egenvård blir nedsatt, vilket även medför en ökad risk för ohälsa (Cajita et al., 2016). Gomez et al. (2023) poängterar även att en låg hälsolitteracitet är relaterat till en ökad mortalitet samt ett ökat antal återinläggningar inom sjukvården (Gomez et al., 2023).

Egenvård vid hjärtsvikt inkluderar bland annat kroppsvikt-mätning, vätskerestriktion, saltrestriktion, följsamhet till läkemedelsbehandling, regelbunden fysisk aktivitet samt att söka vård vid försämring av tillståndet (Sedlar et al., 2021). Kroppsvikten bör kontrolleras minst en gång i veckan, plötslig viktuppgång kan tyda på övervätskning eller otillräcklig läkemedelsbehandling (Kareld, 2020, 113–114). Vätske- och saltrestriktion kan vara nödvändigt, då ett stort intag av vätska kan leda till vätskeretention (Rydberg & Holst, 2016). Salt binder vätska, vilket kan förvärra vätskeretentionen (Rydberg & Holst, 2016, s. 246–247). Ett annat exempel på en egenvårdsåtgärd som patienter kan vidta är att positionera sig i hjärt-sänkläge vid dyspné (Akpınar & Topaçoğlu, 2021). Detta medför en symtomlindring i och med att hjärtats venösa återflöde minskas och därmed sker en minskad belastning på hjärtat (Akpınar & Topaçoğlu, 2021). Kartläggning av symtom är en egenvårdsåtgärd som kan underlättas av olika verktyg såsom appar på mobilen eller dagböcker (Aamodt et al., 2020). Dagböcker som möjliggör en ökad kunskap hos patienten relaterat till hjärtsvikt har visat sig förbättra egenvård (Aamodt et al., 2020). Schuurin et al. (2024) lyfter fram att verktyg som inriktar sig på att genom digitala lösningar främja patienternas behandling och egenvård benämns som digitala verktyg. Dessa utgår från att personer lättare kan övervaka, kontakta och få information relaterat till hjärtsvikten och dess egenvård och kan bestå av olika medel såsom digitala videomöten, övervakning genom appar och smart-klockor (Schuurin et al., 2024).

En välfungerande egenvård har visat sig ha en positiv effekt på patienternas livskvalitet, minska antalet återinläggningar samt minska hjärtsviktens mortalitet (McDonagh et al., 2021).

Missuppfattningar och bristande kunskap hos patienter kan leda till en otillräcklig egenvård, därav är information och utbildning av största vikt i främjandet av livskvalitet (McDonagh et al., 2021). Al-Hammanuri och Rababah (2022) framhåller att egenvård består av tre dimensioner: underhåll av egenvård, självsäkerhet vid egenvård och hantering av egenvård. Majoriteten av patienterna som deltog i studien av Al-Hammanuri och Rababah (2022) uppvisade otillräcklig förmåga i en eller flera av dimensionerna av egenvård (Al-Hammanuri & Rababah, 2022).

Bärande begrepp

Två vårdvetenskapliga begrepp som är centrala för denna allmänna litteraturstudie är lidande och person.

Lidande

Ett vårdvetenskapligt begrepp som går att sammanknyta till personer med hjärtsvikt är *Lidande*. Wiklund-Gustin (2019) beskriver lidande som en komplex upplevelse, där kroppen kan anses vara en bärare för den mänskliga identiteten och dess livsvärld. Lidandet sammanflätas med fysiologiska, psykologiska, andliga, själsliga och religiösa upplevelser. Att kroppen kan anses vara en helhet gör att lidandet kan uppkomma i många former och reaktionerna är högst individuella. Hälsa och lidande framhävs av Wiklund-Gustin (2019) som relaterat till varandra och förhållningssätten inom omvårdanden kring lidande är många. I stora drag anses lidande vara något som tillhör den mänskliga tillvaron. Detta synsätt innebär att lidande många gånger inte går att bota, och det kan innebära behov av att förstå sitt lidande och lära sig leva med det. Att se den lidande personen som en sårbar person med unika erfarenheter, behov och resurser är en grundläggande aspekt för att förstå personen och respektera dennes egna sätt att hantera, uttrycka och förstå sitt lidande (Wiklund-Gustin, 2019, s. 409–414, 430–437).

Lidandet hos personer med hjärtsvikt betonas av Kimani et al. (2018) utgå från flertalet dimensioner som sträcker sig bortom enbart det fysiska lidandet. Hjärtsviktens uppkomst, utveckling och diagnos är en högst individuell process som kan kantas av flertalet sorters lidande. Den initiala tiden efter att diagnosen fastställts kan följas av en chockartad period där många nya tankar om meningen med livet och döden uppstår. Ilska, uppgivenhet och förnekelse kan uppstå när insikten om att hjärtsvikten är ett kroniskt tillstånd inträder. Kimani et al. (2018) beskriver vidare att detta kan försvåras av känslor av skuld och oro gentemot hjärtsviktens påverkan på närståendes liv och planer för framtiden, som kan skilja sig från förväntningar och förhoppningar som existerade innan hjärtsvikten, något som ger lidande både för personen och dess närstående. Samtidigt kan varierande kroppsliga symtom och upplevelser skapa nya begränsningar och rädslor, som kan ge både fysiskt, psykiskt och själsligt lidande. Flertalet komplexa faktorer samspelar vid hjärtsvikten där både kropp, hälsa, själ och tro kan komma att aktualiseras eller undansättas, och en acceptans av det nya livet är för många en långvarig process (Kimani et al., 2018).

Person

Att leva med hjärtsvikt och hanteringen av dess egenvård går att relatera till det vårdvetenskapliga begreppet *Person*. Hjärtsvikten har en betydande inverkan på varje enskild person som lider av tillståndet, och denna inverkan är i hög grad särpräglad (Olano-Lizarraga et al., 2016). Att vara en egen person kan ses ur olika perspektiv. Merleau-Ponty (1962/1945, 1999, refererad i Öhlén & Friberg, 2019) framhäver att varje person är sin egen kropp, och att den är en helhet bestående av både den fysiska kroppen och ens själ. Olano-Lizarraga (2016) menar att hjärtsvikt orsakar stora fysiska förändringar för de drabbade personernas kroppar. Den förändrade kroppen, plågad av hjärtsviktens symtom, kan medföra en minskad självständighet och autonomi. Detta på grund av de

fysiska begränsningarna som tillståndet orsakar samt förändrade intellektuella funktioner såsom minnesförlust eller koncentrationssvårigheter (Olano-Lizarraga, 2016). Ekman (2014, refererad i Öhlén & Friberg, 2019, s. 317) framhåller att autonomi är ett grundläggande begrepp inom den humanistiska människosynen, där varje människa ses som en helhet och en egen person. Denna helhet menar Merleau-Ponty (1962/1945, 1999, refererad i Öhlén & Friberg, 2019) består av tre beståndsdelar, som utgörs av biologi, existens och socialitet. Olano-Lizarraga (2016) beskriver hur hjärtsvikten har en betydande inverkan på den biologiska kroppen hos den drabbade personen, men även hur de existentiella och sociala dimensionerna påverkas. Att diagnostiseras med hjärtsvikt kan medföra frågor kring varför detta händer just dem, samt insikten att livet aldrig kommer att bli detsamma igen som innan diagnosen. Hjärtsviktens fysiska symtom utgör begränsningar för personernas sociala liv och arbete vilket kan skapa en känsla av ensamhet och en förändrad självbild (Olano-Lizarraga, 2016).

Den franske filosofen Paul Ricour (1992/1990, refererad i Öhlén & Friberg, 2019) hävdar att en person utvecklas i förhållande till andra människor. Det innebär att en person både anses vara rationell och handlande, med färdigheter såsom reflektion och kritisk värdering av egna handlingar och även förmågan att kommunicera. "Att vara kapabel" menar Ricour (1992/1990) är innebörden av att vara en person. Den kapabla personen värdesätter sig själv, ansvarar för egna handlingar och har förmågan att göra självständiga val, samtidigt som den förutsätter att dess medmänniskor gör detsamma (Ricour, 1992/1990, refererad i Öhlén & Friberg, 2019, s. 317–318). Att vara kapabel som person exkluderar däremot inte upplevelser av lidande och sårbarhet. Henriksen och Arne (1998) menar att just sårbarhet är en del av att vara människa, och är sammankopplat med behovet av omsorg av andra människor. Kännedom om sin egen sårbarhet innebär nämligen en medvetenhet kring andras sårbarhet och lidande (Henriksen & Arne, 1998, refererad i Öhlén & Friberg, 2019, s. 318).

Problemformulering

Hjärtsvikt är en av dagens globala hälsoutmaningar, med uppskattningsvis 64 miljoner drabbade. I Sverige lever 200 000 personer med symtom av hjärtsvikt och tillståndet utgör en av landets folksjukdomar. Personer som lider av hjärtsvikt har skilda upplevelser av symtom, relaterat till patofysiologiska mekanismer. Olika symtom, såsom trötthet, ödem, illamående och ångest kan ha en negativ effekt på den drabbades livskvalitet. Sjuksköterskans omvårdnadsansvar vid hjärtsvikt består bland annat i att driva patientutbildning, inom öppenvården är det en stor del av arbetet. Patientutbildningen innefattar till stor del information om egenvård, vilket är åtgärder som patienten själv kan utföra i syfte att främja sitt välmående. Det finns dock en risk att missuppfattningar och bristande kunskap hos personer med hjärtsvikt kan leda till en bristfällig egenvård. Den bristande egenvården har ett samband med sänkt livskvalitet, ökat antal återinläggningar på sjukhus och en ökad mortalitet. Litteraturen beskriver att många personer med hjärtsvikt uppvisar en otillfredsställande förmåga till egenvård. Genom att undersöka patienters erfarenheter vid hjärtsvikt av att hantera egenvården och att erhålla stöd från öppenvården, kan kunskapsluckor identifieras. Detta kan i sin tur leda till en ökad förståelse hos sjuksköterskor för personer med hjärtsvikt och deras behov, vilket i sikt kan leda till ett minskat lidande.

SYFTE

Syftet med studien var att beskriva patienters erfarenheter vid hjärtsvikt av att hantera egenvården och att erhålla stöd från öppenvården.

METOD

Design

Som design valdes en allmän litteraturstudie med kvalitativ ansats. En allmän litteraturstudie är en metod där befintlig forskning samlas in, granskas och sammanfattas inom ett valt område (Polit & Beck, 2021, s. 82–83). För att tillämpa ett strukturerat förhållningssätt under utförandet av studien tillämpades Polit och Becks (2021, s. 85) niostegsmodell, där **Steg 1** bestod av utformandet av syfte, se *Figur 1*. Syftet var att beskriva patienters erfarenheter vid hjärtsvikt av att hantera egenvården och att erhålla stöd från öppenvården.



Figur 1. Polit & Becks (2021, s. 85) niostegsmodell, fritt översatt av författarna.

Urval

Steg 2 i Polit och Becks (2021, s. 85) niostegsmodell handlade om urvalet, där en sökstrategi utformades, se *Figur 1*. Denna sökstrategi påbörjades med utformning av inklusions- och exklusionskriterier i enlighet med studiens syfte. Inklusionerna utgjordes av studier som handlade om patienter med hjärtsvikt och deras erfarenheter av egenvård. Studierna som inkluderades utgick från patienternas perspektiv och befann sig inom en öppenvårdskontext. Samtliga studiers deltagare utgjordes av vuxna personer, mellan åldrarna 32 och 92 år med en medelålder på ungefär 68 år. Ett fokus vid inklusionen var originalstudier, med kvalitativ ansats där datainsamlingen skett via fördjupningsintervju, semi-strukturerad intervju eller fokusgruppintervju. Exklusionerna utgjordes av studier som handlade om andra erfarenheter än patientens, såsom sjuksköterskans perspektiv. Studier som handlade om både patientens och andras perspektiv exkluderades likaså, då det kunde vara svårt att tyda vilken del av resultatet som var aktuellt för denna studie. Studier som inte handlade om hjärtsvikt, egenvård eller som befann sig inom en annan kontext än öppenvården exkluderades även. Slutligen exkluderades även studier som inte var originalstudier och som hade annan ansats än kvalitativ, såsom litteraturöversikter och kvantitativa studier.

Datainsamling

Utifrån **Steg 2** i Polit och Becks (2021, s. 85) niostegsmodell utformades en lämplig sökstrategi. Denna påbörjades med att sökbaserna CINAHL och PubMed identifierades som lämpliga för att söka efter

vetenskapliga originalartiklar med huvudfokus inom forskningsområdet omvårdnad (Polit & Beck, 2021, s. 91–93). CINAHL specialiserar sig på omvårdnadsforskning, och innehåller artiklar från bland annat vetenskapliga tidskrifter (Polit & Beck, 2021, s. 90). PubMed är en bred databas som täcker bland annat omvårdnad, och som huvudsakligen innehåller artiklar från vetenskapliga tidskrifter (Polit & Beck, 2021, s. 93). Ett antal nyckelord identifierades utifrån studiens syfte, som var följande *patient, erfarenheter, egenvård, hjärtsvikt och öppenvård*. De utformade nyckelorden översattes med hjälp av MeSH (Medical Subject Headings), och synonymer identifierades för att skapa sökord och göra sökningarna bredare (Polit & Beck, 2021, s. 93). De översatta nyckelorden blev då *patients, experience* med synonymerna *perception, view, attitude* och *perspective, self care* med synonymerna *self-management, self-maintenance, self-monitoring, self-regulation, heart failure* och *outpatient*. Booleska operatörerna OR och AND användes i olika kombinationer i sökningarna. Booleska operatören OR breddar sökningen genom att resultat som visas kan innehålla ett eller flera ord som ingår i sökningen. Den booleska operatören AND avsmalnar sökningen, genom att AND används i kombination med flera sökord och endast visar resultat som innehåller de valda sökorden (Polit & Beck, 2021, s. 89).

Sökning efter originalartiklar i **Steg 3** gjordes via PubMed. Sökningen påbörjades med att identifierade nyckelord samt begränsningarna *Engelska* och *10 years* matades in i databasens sökinstrument. Sökningarna dokumenterades i en sökmatris, se *Bilaga II*. Sökning *patient** resulterade i 3,989,696 resultat. Sökning *heart failure** resulterade i 157,319 resultat. Sökning *self care** resulterade i 161,957 resultat. Sökning *perception* OR experience* OR perspective* OR attitude* OR view** gav 1,534,626 resultat och sökning *outpatient** gav 122,563 resultat. Dessa 5 sökord kombinerades med den booleska operatören AND för att avsmalna sökningen, då AND endast tar med resultat som innehåller samtliga 5 sökord, vilket resulterade i 84 resultat. Dessa sammanställdes i en sökmatris för att dokumentera datainsamlingsprocessen, se *Bilaga II*. Efter granskning av samtliga titlar påbörjades **Steg 4** i i Polit och Becks (2021, s. 85) niostegsmodell som gick ut på att läsa relevanta abstracts. 74 resultat kunde exkluderas av läsning av titlarna i linje med studiens exklusionskriterier, då dessa ej berörde patientens perspektiv, ej berörde egenvård eller hade kvantitativ ansats, se *Bilaga II*. Resterande 10 artiklar sparades i en separat flik i webbläsaren och dess abstracts lästes. 4 artiklar exkluderas då dessa ej var av kvalitativ ansats, eller ej utforskade patientens erfarenheter av egenvård, se *Bilaga II*. Dessa raderades från webbläsaren och **Steg 5** i Polit och Becks (2021, s. 85) niostegsmodell påbörjades där resterande 6 artiklar lästes i sin helhet, varav 2 exkluderas, då dessa utgick från andra kontexter än öppenvården. Kvarvarande 4 artiklar bedömdes vara i enlighet med studiens syfte och inklusionskriterier och valdes ut, se *Bilaga II*. Artiklarna som valdes ut från PubMed kontrollerades genom databasen Tidskrifter A–Ö för att säkerställa att dessa var peer-reviewed i enlighet med denna studies inklusionskriterier och begränsningar, då PubMed ej har peer-reviewed som valbar begränsning.

Den andra sökningen i **Steg 3** skedde genom databasen CINAHL, vilket står för Cumulative Index of Nursing and Allied Health (Polit & Beck, 2021, s. 90). Vid sökningarna användes nyckelorden och dess synonymer för att identifiera termer i CINAHL Headings. Relevanta termer för studiens syfte var *Heart Failure, Patient Attitudes, Self Care* och *Outpatients*. Sökningen med CINAHL Heading MH "Heart Failure+" gav 50,977 resultat, MH "Patient Attitudes" gav 67,249 resultat, MH "Self Care+" gav 64,266 resultat, och MH "Outpatients" gav 50,080 resultat. De fyra sökningarna kombinerades till en sökning, som efter begränsningarna *Engelskspråkig, Senaste 10 åren* och *Peer-reviewed* gav 3 resultat. Ingen av artiklarna svarade på studiens syfte då de ej hade kvalitativ ansats, eller beskrev patientens perspektiv. *Outpatient* och *Patient Attitudes* som CINAHL Headings valdes då att exkluderas ur sökningarna, i stället användes sökord i fritext, i kombination med MH "Heart Failure+" och MH "Self-care+". De tidigare implementerade begränsningarna nollställdes inför kommande sökning. Patient*

gav 2,593,187 resultat. Sökningen (*perception* OR view* OR experience* OR perspective* OR attitude**) gav 1,225,652 resultat och (*self-care OR self-management OR self-maintenance OR self-monitoring OR self-regulation*) gav 93,081 resultat. Slutligen utfördes en sista sökning, där de sex föregångna sökningarna kombinerades till en, genom den Booleska operatören AND. Sökningen *MH "Heart Failure+" AND MH "Self Care+" AND (self-care OR self-management OR self-maintenance OR self-monitoring OR self-regulation) AND patient* AND (perception* OR view* OR experience* OR perspective* OR attitude*)* gav 284 resultat, efter att begränsningar utifrån inklusions- och exklusionskriterierna återigen implementerades, se *Bilaga I*. Begränsningarna som tillämpades i CINAHLs sökfunktion var *Senaste 10 åren, Peer-reviewed* och *Engelskspråkig*. Samtliga titlar lästes där de som uppfattades vara relevanta för studiens syfte sparades i en separat flik i webbläsaren. Efter att alla titlar granskats, påbörjades **Steg 4** i Polit och Becks (2021, s. 85) niostegsmodell, se *Figur 1*, som gick ut på att läsa relevanta forskningsartiklars abstrakt. 78 artiklar hade titlar som ansåg kunna besvara syftet. Av dessa exkluderades 206 artiklar då studierna inte var av kvalitativ ansats, inte var ur patientens perspektiv, inte berörde egenvård eller hade annan kontext än öppenvården. Därefter lästes de 78 artiklarnas abstrakt, de som inte ansågs kunna besvara studiens syfte exkluderades och dess flik i webbläsaren raderas. 68 artiklar exkluderades då studierna inte var av kvalitativ design, inte hade kontexten öppenvården, inte gick att läsa i fulltext samt dubletter med PubMed sökning. Därefter påbörjades **Steg 5** i Polit och Becks (2021, s. 85) niostegsmodell. De 10 kvarvarande artiklarna lästes i sin helhet, deras resultat jämfördes med studiens syfte för att avgöra dess relevans. Sex av artiklarna ansågs kunna besvara syftet, fyra artiklar exkluderades då resultatet inte berörde patienters erfarenhet av egenvård, se *Bilaga I*.

I **Steg 6** i Polit och Becks (2021, s. 85) niostegsmodell, se *Figur 1*, utfördes en grundlig genomgång av de 10 valda artiklarna, där de lästes återigen i sin helhet samt dokumenterades i en artikelmatris, se *Bilaga III*. Därefter påbörjades **Steg 7** i Polit och Becks (2021, s. 85) niostegsmodell, vilket innebar att kritiskt granska kvaliteten på de valda artiklarna, se *Figur 1*. Kvalitetsgranskningen utgick ifrån Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU] och deras mall som bedömer kvalitativa studiers metodik, se *Bilaga IV* (SBU, 2022). Mallen utgår från 5 frågeställningar med samhörande stödfrågor som möjliggör en genomgående granskning av studiens metodologi och dess kvalitet. Efter granskning utifrån de 5 frågeställningarna görs en slutlig bedömning av om det förefinns risker som negativt inverkar på studiens kvalitet (SBU, 2022). Författarna träffades fysiskt för att genomföra kvalitetsgranskningen, tio ark av SBU:s mall för kvalitetsgranskning skrevs ut. Därefter arbetades samtliga tio artiklar genom strukturerat. Författarna läste båda igenom artiklarna utifrån frågeställning 1–5 under mallen och svaren jämfördes samt diskuterades utifrån framkommen information. Därefter ifylldes samtliga fält och kommentarer fylldes i för varje steg, och en slutgiltig bedömning gjordes om studien hade låg, medel eller hög kvalitet. Under granskningen fann författarna att 9 arbeten #1, #2, #3, #4, #5, #6, #7, #9 och #10 hade hög kvalitet. En artikel ansågs ha medel kvalitet, artikel #8 relaterat till att forskarna som intervjuade informanterna hade en tidigare relation, i och med att de hade deltagit i vården av några av informanterna inom öppenvårdskliniken. Författarna ansåg dock att forskarna har resonerat kring detta och att studiens syfte samt resultat genomfördes i enlighet med dessa faktorer i åtanke.

Dataanalys

Dataanalys utfördes under **Steg 8** i Polit och Becks (2021) niostegsmodell (Polit & Beck, 2021, s. 85). Denna tillämpades med Graneheim och Lundmans (2004) och Lindgren et al. (2020) innehållsanalys för kvalitativ forskning, som ofta används inom forskningsområdet omvårdnad och ger möjlighet för en grundlig och strukturerad analys av vald forskning. Innehållsanalys är en passande metodik för data som utgår från intervjuer, då denna möjliggör en ingående abstraktion av innehållet. Abstraktionen

varierar i djup beroende på forskarens frågeställning vid analysen och kan fokusera dels på det mer uppenbara, manifesta, innehållet eller på det mer djupgående nyanserande, latent, innehållet (Graneheim & Lundman, 2004; Lindgren et al., 2020). En figur konstruerades initialt som övergripande visar innehållsanalysens struktur, se *Figur 2*.



Figur 2. Graneheim och Lundmans (2004) och Lindgren et al. (2020) innehållsanalys, fritt översatt av författarna.

Det första steget innebar att bekanta sig med materialet som analysen utgår från, det vill säga artikelns resultatdel och dess textinnehåll (Graneheim & Lundman, 2004; Lindgren et al., 2020). Artiklarnas resultatdel lästes i sin helhet av båda författarna enskilt för att få en övergripande bild av innehållet. Författarna skapade ett gemensamt dokument där utvalda artiklars titel samt tillhörande märkning #1–10 infogades. Detta för att skapa struktur och säkerställa att artiklarna genomarbetades grundligt. Därefter skedde nästa steg av innehållsanalysen som innebar att texten delades in i meningsbärande enheter, dessa är centrala delar av texten som genom innehåll eller kontext hör samman och är relevanta utifrån det valda syftet för denna studie (Graneheim & Lundman, 2004; Lindgren et al., 2020). Författarna läste gemensamt artiklarnas resultat ånyo och noterade de meningsbärande enheterna genom att markera intressanta stycken med webbläsarens digitala markeringspenna. Dessa infogades därefter i dokumentets första kolumn, se *Tabell 1*. De meningsbärande enheterna översattes därefter till svenska av författarna. Översättningen kontrollerades via Google Översätt. Därefter skedde nästa steg av innehållsanalysen som innebar att de utvalda översatta meningsbärande enheterna kondenserades, vilket innebär att kortfattat sammanfatta innehållet samtidigt som textens innebörd bibehålls (Graneheim & Lundman, 2004; Lindgren et al., 2020). Kondenseringen skrevs på svenska i dokumentets andra kolumn, se *Tabell 1*. Detta gjordes med noggrannhet för att undvika att textens ursprungliga innehåll förvrängdes. I nästa steg skapades en kod för den kondenserade texten. Denna sker med varierande abstraktionsnivå och möjliggör en märkning av ett mönster inom forskningsområdet (Graneheim & Lundman, 2004; Lindgren et al., 2020). Kodningen av de kondenserade texterna skapades under den tredje kolumnen i dokumentet, se *Tabell 1*. Därefter genomfördes nästa steg av innehållsanalysen med skapandet av olika subkategorier, utifrån tidigare identifierade koder. Skapandet av olika subkategorier med efterföljande kategorier är grunden för kvalitativ innehållsanalys, och innebär att innehåll som delar en gemensamhet grupperas. Av detta skapas en röd tråd inom analysen och visar det uppenbara, manifesta, innehållet (Graneheim & Lundman, 2004; Lindgren et al., 2020). Patton (2002) beskriver att subkategorier bör vara internt homogena och externt heterogena. Att innehållet är internt homogent syftar till att texten och dess innehåll bör kunna associeras med varandra på ett meningsfullt sätt och därmed följa en röd tråd genom subkategorin. Att subkategorin även bör vara externt heterogen syftar till att innehållet bör ha en tydlig disparitet gentemot de övriga subkategorierna (Patton, 2002, s. 465–466). Författarna reflekterade och diskuterade över vilka subkategorier som ansågs lämpliga

utifrån tidigare framtagna koder. Flertalet exempel på subkategorier abstraherades fram, varpå författarna diskuterade samt reviderade dessa tills konsensus nåddes. Utifrån framkomna subkategorier konstruerades även två kategorier, som är en övergripande identifikation av innehållet med en högre abstraktionsnivå som sammantaget beskriver subkategorierna (Graneheim & Lundman, 2004; Lindgren et al., 2020). Därpå ifylldes samtliga kolumner i dokumentet, se *Tabell 1* för exempel på tillvägagångssättet vid innehållsanalysen.

I **Steg 9** av Polit och Becks (2021) niostegsmodell (Polit & Beck, 2021, s. 85) sammanställdes resultatet av genomförd innehållsanalys.

Tabell 1. Exempel på tillvägagångssätt vid innehållsanalys

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
The HF patients spoke of adapting to their new life situations as a very important step in gaining capacity to manage the disease, treatment responsibilities and self-care (Nordfonn et al., 2020). #9	Patienternas anpassning till den nya livssituationen var en viktig del av förmågan att hantera tillståndet, behandlingen och egenvården.	En förändrad livssituation	Att behöva lära sig nya dagliga rutiner	Anpassningen till en förändrad livssituation
Additionally, they were empowered to self-care and retain independence as they did not want to burden their children (Chew & Lopez, 2017). #3	Att inte utgöra en börda för sina barn var motivation för självständighet och egenvård.	Motivation för egenvård	Att finna motivation för upprätthållandet av egenvård	Anpassningen till en förändrad livssituation
Self-help groups, meaningful relationships with family and others and trust in medical staff were very helpful for implementing self-	Stöd från grupper, närstående och vårdpersonal främjade implementering av egenvård.	Behov stöd	Att behöva stöd med uppmuntran	Användningen av resurser för att bibehålla hälsa

care behavior (Son et al., 2019). #2				
Self-care improvements can be accomplished by knowledge seeking behaviors (Min et al., 2023). #7	Sökandet av information förbättrar egenvård.	Inhämtning av information	Att inhämta information i upprätthållande syfte	Användningen av resurser för att bibehålla hälsa
Participants also utilized available equipment and technology to support more effective implementation of self-care (Suharsono et al., 2024). #4	Deltagare använde verktyg och teknologi för att främja effektivare egenvård.	Användning av verktyg	Att använda verktyg som underlättar vardagen	Användningen av resurser för att bibehålla hälsa

Etiska aspekter

Etiska överväganden begrundades av författarna vid genomförandet av denna allmänna litteraturstudie och har tillämpats genomgående under arbetets gång i enlighet med forskningsetik som belyses av Polit och Beck (2021, s. 55). Studier med människor eller djur måste genomföras med etik i åtanke, något som föranlett skapandet av många olika grundläggande etiska koder och principer (Polit & Beck, 2021, s. 131). Av dessa kan nämnas Helsingforsdeklarationen, "The declaration of Helsinki" (World Medical Association, 2013) som antogs för första gången 1964 och har reviderats flertalet gånger för att möta de nya etiska utmaningarna i takt med samhällets utveckling. Denna fastslår 37 grundläggande etiska principer inom forskning av människor såsom informerat samtycke, risk- och nyttoanalys, forskningsetiska kommittéer och skydd för särskilt sårbara grupper (World Medical Association, 2013).

Vid genomförandet av denna studie tillämpades olika etiska överväganden. Författarna inkluderade begränsningar som berörde artiklarnas etiska principer, såsom *peer-review* status och att endast artiklar som tydligt berör etiska aspekter och fått godkännande av etisk kommitté valdes ut. De valda artiklarna inkluderade även att deltagarna i respektive studie var väl insatta i vad studien gick ut på och att medgivande har getts utifrån detta, vilket resulterar i informerat samtycke (Polit & Beck, 2021, s. 137). Samtliga resultatartiklar har granskats i enlighet med Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU:S mall för kvalitetsgranskning av kvalitativa metoder (SBU, 2022). Detta för att granska och utesluta artiklar vars metodik var bristfälliga och riskerade att påverka studiens resultat negativt. Artiklarna som inkluderades i studien redovisades tydligt i sökmatrixerna och allt material som

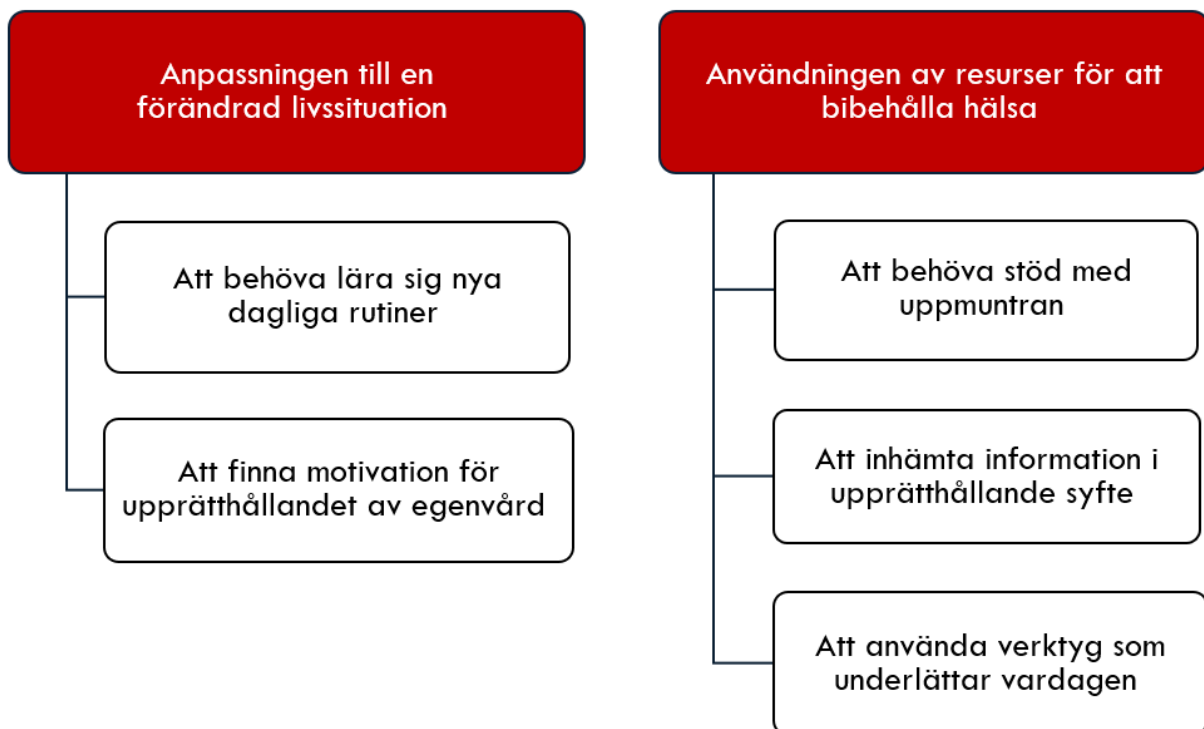
inkluderats presenterades i resultatet. Artiklarna har översatts från engelska med noggrannhet för att undvika tolkningsfel i resultatet, samt att refereringen har skett på ett korrekt sätt i enlighet med American Psychological Association [APA]-systemet (Södertörns Högskola, 2021) för att undvika tolkningsfel och plagiat.

Då författarna hade erfarenheter sedan tidigare angående hjärtsvikt och dess egenvård, genom möten med personer som lider av detta tillstånd, begrundades denna förförståelse. Forskares förförståelse inom ett forskningsområde kan ligga till grund för bias, där egna förutfattade meningar och erfarenheter kan förvränga analys och resultat (Polit & Beck, 2021, s. 154). I ett försök att motverka bias har författarna arbetat med transparens i forskningsprocessen, vilket innebär noggrann redovisning av metodens alla delar, särskilt vid datainsamling och dataanalys (Polit & Beck, 2021, s. 569–570). Artiklarna lästes och analyserades separat av båda författarna, därefter diskuterades dessa tillsammans där olika fynd jämfördes. Detta på grund av att författarna strävade efter att bevara och framhäva patienternas egna röster i resultatet och inte basera dessa på egna tolkningar och föreställningar.

RESULTAT

Syftet med studien var att beskriva patienters erfarenheter vid hjärtsvikt av att hantera egenvården och att erhålla stöd från öppenvården. Genom innehållsanalysen identifierades två huvudkategorier: *Anpassningen till en förändrad livssituation* och *Användandet av resurser för att bibehålla hälsa* med fem tillhörande subkategorier: *Att behöva lära sig nya dagliga rutiner*, *Att finna motivation för upprätthållandet av egenvård*, *Att behöva stöd med uppmuntran*, *Att inhämta information i upprätthållande syfte* och *Att använda verktyg som underlättar vardagen*. Dessa presenteras i Figur 3.

Resultatet grundar sig på totalt 10 artiklar med kvalitativ ansats, med totalt 152 patienter med hjärtsvikt. Studierna utgick från olika länder nämligen Indonesien, Japan, Norge, Singapore, Sydkorea och USA.



Figur 3. Kategorier med tillhörande subkategorier.

Anpassningen till en förändrad livssituation

Huvudkategorin *Anpassningen till en förändrad livssituation* innefattar patienters erfarenheter av anpassning till livet efter en hjärtsviktsdiagnos, hur egenvårdens uppgifter ska få plats i vardagen och hur patienterna fann motivation för upprätthållandet av egenvården. *Anpassningen till en förändrad livssituation* inkluderar subkategorierna *Att behöva lära sig nya dagliga rutiner* och *Att finna motivation för upprätthållandet av egenvård*.

Att behöva lära sig nya dagliga rutiner

Patienternas livssituation förändrades drastiskt efter diagnostiseringen av hjärtsvikt (Nordfonn et al., 2019). Transitionen från sjukhus efter diagnostiseringen till hemmet upplevdes som utmanande, då behandlingen och egenvården fick omhändertas på egen hand utan vårdpersonalens trygghet (Nordfonn et al., 2019; Sano & Majima, 2018). Egenvårdens dagliga uppgifter som medföljer vid en hjärtsviktsdiagnos, samt insikten i tillståndens allvarlighetsgrad, ställde patienterna inför frågan om de kunde hantera dessa uppgifter (Nordfonn et al., 2019). De beskrev den nya

livssituationen som överväldigande och känslomässigt utmanande, då hanteringen av hjärtsviktens behandling och egenvård upptog all deras tid och tankeverksamhet (Nordfonn et al., 2019; Nordfonn et al., 2020).

Patienterna utformade personliga strategier för upprätthållandet av egenvård vid hjärtsvikt, som med tiden blev mer effektiva utifrån resurser och personliga förutsättningar (Chew & Lopez, 2017; Son et al., 2019; Suharsono et al., 2017). De reflekterade över sina förmågor, deras styrkor och svagheter och vilka resurser som krävdes för att upprätthålla egenvård (Chew & Lopez, 2017). Efter en period av anpassning till den nya livssituationen integrerades hjärtsviktens egenvård samt restriktioner in i patienternas dagliga rutin (Chew & Lopez, 2017; Myers, 2020; Son et al., 2019). Denna anpassning var ett oundvikligt steg i resan mot en hanterbar hjärtsvikt, med en överkomlig behandling och egenvård (Nordfonn et al., 2020). Patienterna beskrev en förändring i tankesättet kring deras hälsa, samt en ökad medvetenhet om deras kropp (Myers, 2020; Nordfonn et al., 2019). Övervakningen av kroppens symtom för att upptäcka försämring blev en del av egenvården i vardagen (Aamodt et al., 2020; Nordfonn et al., 2019). Exempelvis gick de i trappor för att avgöra om deras respiratoriska symtom försämrats eller förbättras (Aamodt et al., 2020). De upplevde denna nya uppgift som känslomässigt utmanande, då det ökade deras medvetenhet om hjärtsviktens allvarlighetsgrad (Nordfonn et al., 2019). Det konstanta övervakandet av kroppens symtom upptog stor del av patienternas tid. Detta ledde till en obalans i vardagen, då de hade mindre tid över till andra uppgifter rörande behandling och egenvård (Nordfonn et al., 2019).

Patienternas förändrade livssituation, anpassad efter hjärtsvikten, innebar begränsningar av olika slag (Nordfonn et al., 2019; Sano & Majima, 2018). Svaghet och förlorad tillit för den egna fysiska styrkan var känslor som många inte upplevt innan hjärtsvikten. Detta förminskade förmågan för egenvård och aktiviteter (Nordfonn et al., 2019). Patienterna kom till en insikt angående den förändrande livssituationen, att de behöver ta det långsamt och tillåta sig att vila vid behov under dagen (Nordfonn et al., 2020). De avstod från aktiviteter som ansågs vara ohälsosamma för hjärtat, men fortsatte engagera sig i andra skonsammare aktiviteter (Sano & Majima, 2018). Patienterna upplevde detta som en begränsning i sin vardag, då de inte längre hade möjligheten att leva som de ville (Nordfonn et al., 2019). De uppvisade en beslutsamhet att ändå leva livet till fullo, trots att de behövde ta avstånd från vissa saker från sitt tidigare liv (Sano & Majima, 2018). De fick lära sig identifiera sina gränser gällande fysisk aktivitet, samt vilka typer av aktiviteter som orsakade försämringen av symtom (Sano & Majima, 2018). Den begränsade energin för dagliga bestyr, vänner och familj utgjorde ett stort besvär (Nordfonn et al., 2019). Det medförde att patienterna noggrant fick överväga hur deras energi skulle användas, såsom att ha energi över till att spendera med sina barnbarn (Nordfonn et al., 2020). Hjärtsviktens symtom utgjorde svårigheter att utöva fysisk aktivitet, särskilt vid träning (Min et al., 2023). Träningen anpassades efter patienternas förmågor, för att undvika överansträngning av hjärtat (Sano & Majima, 2018). Skuld-känslor och oro upplevdes när de inte lyckades träna efter egen förväntan (Min et al., 2023; Nordfonn et al., 2019). Detta på grund av medvetenheten om att fysisk aktivitet är en vital del av egenvården (Min et al., 2023).

Den förändrade livssituationen med hjärtsvikt innebar även en förändrad kost. I vissa situationer upplevde patienterna svårigheter med att efterfölja sin nya kost (Sano & Majima, 2018). Patienter som gillade kryddstark mat med mycket smak hade särskilt svårt att ändra sina kostvanor (Min et al., 2023). Intag av alkohol och salt var svårt att undvika på barer och restauranger med vänner exempelvis (Sano & Majima, 2018). Detta problem löstes genom att informera sina vänner i förväg om deras begränsningar angående kost. De upplevde en stor stress kring att behöva anpassa kosten. I dessa fall tyckte patienterna att det var värt att få äta vad de ville, så de kunde undvika stressen

(Sano & Majima, 2018). Patienterna beskrev att de upplevde känslor av skuld när de inte kunde följa sin nya kost anpassad efter hjärtsvikten (Nordfonn et al., 2019).

Hantering av läkemedel blev en del av patienternas dagliga rutin efter hjärtsviktsdiagnosen, och de upplevde det nya ansvaret som obehagligt och stressframkallande (Nordfonn et al., 2019). De beskrev svårigheter med att minnas vilka läkemedel som bör tas vid en viss tidpunkt och att läkemedlens effekt och biverkningar påverkade deras välmående negativt (Meraz, 2019; Nordfonn et al., 2019). Olika biverkningar, såsom vid beta-blockerare och antikoagulantia, beskrevs som besvärligt (Meraz, 2019; Nordfonn et al., 2019). Särskilt besvärligt var användandet av diuretika, som utgjorde ett hinder för dagliga aktiviteter och arbete (Nordfonn et al., 2019; Meraz, 2019). Det ständiga behovet av en lättillgänglig toalett, den störda nattsömnen, oron kring uttorkning samt rädslan och skammen för att inte hinna till toaletten upplevde patienterna som oerhört påfrestande (Nordfonn et al., 2019; Meraz, 2019). De justerade dosen av diuretika regelbundet, exempelvis inför långa bilfärder, läkarbesök eller tillfällen då det inte fanns toalett lättillgängligt (Meraz, 2019). De uppvisade även en varierande följsamhet till andra läkemedelsbehandlingar. Olika beslut kring justering av läkemedel togs utifrån tidigare erfarenheter, tillgänglig information och fysiska symtom, såsom blodtryck, urinutsöndring och blåmärken, men även personliga skäl, såsom förmågan att kunna delta i en viss aktivitet. De beskrev en tillit till sin läkare, men att de hade en större tillit till sin kropp. Patienterna såg inte sina läkemedelsjusteringar som icke-följsamhet till behandlingen, utan som logiska beslut för att främja välmående. Samma patienter menade även att det är dumt att inte följa läkemedelsbehandlingen såsom den är skriven, samt att de inte berättade för sina läkare om sina justeringar (Meraz, 2019). Däremot kunde patienternas humör påverkas negativt när de inte lyckades vara följsam till sina läkemedelsbehandlingar (Nordfonn et al., 2019). Men trots att de upplevde svårigheter kring läkemedelsbehandlingen, var det patienter som upplevde en lyckad läkemedelsbehandling med förbättrad hjärtfunktion och ökat välmående (Nordfonn et al., 2019).

Att finna motivation för upprätthållandet av egenvård

Patienterna kom till insikten att hjärtsvikt är ett obotligt tillstånd efter en period av anpassning till den nya livssituationen (Chew & Lopez, 2017). Acceptansen av denna insikt skapade en stor motivation att leva tiden de har kvar till fullo, genom att ta kontroll av livet. De försökte att leva i nuet, genom att förskjuta tankar om framtidens oförutsägbarhet (Chew & Lopez, 2017). Att ta en dag i taget och att uppskatta livet de har var en stor motivation för egenvård (Chew & Lopez, 2017; Nordfonn et al., 2020). Patienterna beskrev att deras inre styrka var anledningen till att de klarade av bördan av hjärtsvikten och dess behandling och egenvård (Nordfonn et al., 2020). De menade att vara negativ och klaga tar energi, som de i stället kan använda vid hanteringen av tillståndet (Nordfonn et al., 2020). Patienterna beskrev vikten av passion i livet, trots begränsningarna som följer hjärtsvikten (Chew & Lopez, 2017). De försökte upprätthålla intressen från livet innan hjärtsvikten, samt hålla kontakten med vänner (Sano & Majima, 2018). Att finna meningen med livet och att leva ett meningsfullt liv var för många en viktig del i motivationen för egenvård (Chew & Lopez, 2017; Son et al., 2019). Ett meningsfullt liv skapades genom att finna saker att se fram emot och genom att sätta mål för framtiden (Chew & Lopez, 2017; Myers et al., 2020; Nordfonn et al., 2020). Ett stort mål var att leva längre, men de satte även mer lättillgängliga mål, såsom att kunna utföra en specifik aktivitet eller gå en viss sträcka (Myers et al., 2020; Nordfonn et al., 2020). Att bibehålla en självständighet var även en anledning för upprätthållandet av egenvård, då patienterna beskrev en ovilja att utgöra en börda för sina barn (Chew & Lopez, 2017).

Kunskap kring hur hjärtsvikt, livsstil och egenvård hänger ihop stärkte patienternas förmåga samt gav motivation för upprätthållandet av egenvård (Chew & Lopez, 2017; Myers et al., 2020; Sano & Majima,

2018). När patienterna förstod kopplingen mellan egenvård med försämring och förbättring av symtom ökade deras följsamhet (Sano & Majima, 2018). De beskrev en medvetenhet kring sambandet av kost och fysiska symtom, såsom intag av alkohol och salt som båda relaterades till vätskeretention och ödem. Med denna kunskap kunde patienterna därefter justera sin kost för att främja sin hälsa (Sano & Majima, 2018). Bekräftelsen att deras följsamhet var anledningen till den förbättrade hjärtfunktionen utgjorde en stor motivation (Myers et al., 2020). Även följsamheten till läkemedelsbehandling förbättrades av kunskap om dess effekter för hälsan (Chew & Lopez, 2017). Kunskapen kring hur andra personer med hjärtsvikt främjade sin hälsa med egenvård gav patienterna motivation att utföra sin egen egenvård (Son et al., 2019; Suharsono et al., 2024). Positiva erfarenheter och kunskap kring egenvårdens fördelar skapade självsäkerhet och motivation för fortsatt egenvård (Son et al., 2019; Suharsono et al., 2024). Patienterna kom att förstå att för en tillfredsställande livskvalitet krävs en tillfredsställande egenvård (Son et al., 2019). Anpassningen till rollen som en person som var diagnosticerad med hjärtsvikt ökade även deras motivation (Suharsono et al., 2024).

Patienterna beskrev att rädsla var en stor motivation för upprätthållandet av egenvård (Min et al., 2023; Myers et al., 2020; Sano & Majima, 2018; Son et al., 2019; Suharsono et al., 2024). Rädslan för att få en hjärtattack motiverade till förbättring av egenvårdsrutiner, för att så länge som möjligt undvika en akut situation (Min et al., 2023). Försämring av symtom och andra negativa upplevelser kopplat till hjärtsvikten skapade förståelse hos patienterna angående vikten av egenvård (Son et al., 2019; Suharsono et al., 2024). Försämring av symtom var även en stor motivation för deras följsamhet vid läkemedelsbehandlingar (Suharsono et al., 2024). Patienterna kom till en förståelse att en förändrad livsstil tillsammans med egenvård var ett sätt att undvika inläggning på sjukhus (Son et al., 2019; Sano & Majima, 2018). Även smärta var en faktor som motiverade (Sano & Majima, 2018). Rädsla för döden och tankar om ens dödlighet är även en stor motivation för följsamheten till egenvård och behandling (Myers et al., 2020). Patienter beskrev en förnekelse till en början kring hjärtsviktens allvarlighetsgrad, men att besked om döden från sin läkare hjälpte dem att överkomma den (Nordfonn et al., 2020; Myers et al., 2020). Den överkomna förnekelsen öppnade upp för motivation för att förändra livsstil och hälsobeteenden (Myers et al., 2020). De beskrev att det var försämringen av symtom som gjorde dem uppmärksamma om sin egen dödlighet (Myers et al., 2020). Trots att försämring av symtom och rädsla för döden och inläggning utgjorde en stor motivation, blev det en motsatt effekt när hjärtsviktens status var tillfredsställande (Suharsono et al., 2024). Patienter med stabil hjärtsvikt uppvisade en minskad motivation till följsamheten för behandling och egenvård (Suharsono et al., 2024).

Användningen av resurser för att bibehålla hälsa

Huvudkategorin *Användningen av resurser för att bibehålla hälsa* handlar om hur patienterna beskrev ett ökat behov av stöd samt resurser kopplat till hjärtsviktens egenvård, från både närstående och vårdpersonal. Den beskriver även hur hjärtsviktens komplexitet innebar nya behov av kunskap och användande av olika stödjande verktyg i vardagen. *Användningen av resurser för att bibehålla hälsa* innefattar subkategorierna *Att behöva stöd med uppmuntran*, *Att inhämta information i upprätthållande syfte* och *Att använda verktyg som underlättar vardagen*.

Att behöva stöd med uppmuntran

Stöd i form av meningsfulla relationer med närstående, patientforum och pålitliga relationer med vårdpersonal var alla aspekter som stärkte patienternas förmåga till egenvård (Son et al., 2019; Suharsono et al., 2024). Ett tryggt socialt nätverk gav stöd och uppmuntran för att orka fortsätta upprätthålla egenvården (Son et al., 2019; Suharsono et al., 2024). Patienterna upplevde hjärtsviktens

egenvård som en utmanande aspekt att leva med, och att stöd från närstående var en väsentlig del för att orka med vardagen (Aamodt et al., 2020; Min et al., 2023; Suharsono et al., 2024). Närstående lyftes som bland annat partners, vänner, barn och barnbarn (Aamodt et al., 2020; Chew & Lopez, 2017; Nordfonn et al., 2020). Stödet från närstående var både känslomässigt och praktiskt (Aamodt et al., 2020; Nordfonn et al., 2020). Det känslomässiga stödet innefattade uppmuntran, trygghet, och tröst vid upplevd rädsla, medan det praktiska stödet utgjordes av assistans av olika slag (Nordfonn et al., 2020). Barn och barnbarn assisterade i upprätthållandet av egenvården genom att påminna om att ta läkemedel och om bokade besök på öppenvårdskliniken, samt stöttning i att följa råd relaterat till kost och fysisk aktivitet. Närstående utgjorde även stöd genom att följa med på inbokade besök på öppenvårdskliniken (Nordfonn et al., 2020). Stödet från partners var ovärderliga för upprätthållandet av behandling och egenvård (Nordfonn et al., 2020; Suharsono et al., 2024). Deras partners underlättade vardagen genom att axla en del av hjärtsviktens börda (Nordfonn et al., 2020; Suharsono et al., 2024). Patienterna beskrev att hjärtsviktens komplicerade tillstånd och kraven på egenvård innebar ett ökat lidande (Nordfonn et al., 2019). Detta lidande inkluderade känslor att man begränsade och utgjorde en börda för sin familj och närstående. Hjärtsviktsdiagnosen förändrade inte bara deras liv, utan även hela deras familjesituation och planer för framtiden (Nordfonn et al., 2019). Stöd från närstående var inte alltid möjligt (Min et al., 2023). Patienterna var konstant omringade av personer men upplevde samtidigt en enorm ensamhet i sina känslor, tankar och allvaret av hjärtsvikten påverkan på deras liv (Nordfonn et al., 2019). Patienterna upplevde stödet från andra personer diagnosticerade med hjärtsvikt som en meningsfull resurs (Nordfonn et al., 2020; Son et al., 2019). Deras egenvård främjades av att dela erfarenheter och upplevelser med någon som kunde relatera. De fick nya insikter om livet och sin diagnos, samt praktiska råd om hjärtsvikt och egenvård. Detta ledde till en ökad trygghet och inspiration för livet (Nordfonn et al., 2020; Son et al., 2019).

Patienterna beskrev att stöd från vårdpersonal var en essentiell del av deras erfarenheter kring egenvården (Aamodt et al., 2020; Chew & Lopez, 2017; Myers et al., 2020; Nordfonn et al., 2020; Son et al., 2019). Uppmuntran och försäkrande ord från vårdpersonal gav dem stabilitet och hjälpte dem att fortsätta hårdta ut, och ett ökat självförtroende i deras förmåga att utföra och utveckla sin egenvård (Min et al., 2023; Myers et al., 2020; Son et al., 2019). Patienterna poängterade behovet av en övergripande ansvarig person, som förstod deras komplexa behov och behandling av hjärtsvikten, för att kunna koordinera och understödja egenvården (Nordfonn et al., 2019). Långsiktigt stöd av vårdpersonal som var speciellt utbildade inom hjärtsvikt gav dem ökad trygghet (Aamodt et al., 2020; Nordfonn et al., 2019). Sjuksköterskans expertis var en viktig resurs för patienternas egenvård (Chew & Lopez, 2017; Nordfonn et al., 2019). Sjuksköterskans kunskapsnivå och rådgivning var en vital del i främjandet av deras kapacitet, inläring och självförtroende (Aamodt et al., 2020; Nordfonn et al., 2020). Vid en kontinuerlig kontakt med en sjuksköterska på en öppenvårds klinik, skapades en trygg och uppmuntrande vårdrelation som främjade patienternas följsamhet till egenvård (Aamodt et al., 2020; Nordfonn et al., 2020). Besök med vårdpersonal på öppenvårds kliniken utgjorde ett viktigt stöd i hanteringen av hjärtsvikten (Nordfonn et al., 2020). De regelbundna uppföljningarna av patienternas tillstånd, att alltid ha någon att kontakta vid funderingar samt att stöd fanns tillgängligt vid eventuell försämring skapade en känsla av trygghet. De upplevde en lättnad i bördan av hjärtsviktens behandling och egenvård, då den delades med vårdpersonalen (Nordfonn et al., 2020). Däremot beskrev patienter känslor av skuld gentemot vårdpersonalen på öppenvårds kliniken, då de var rädda för att ses som en ansträngande patient med komplexa vårdbehov (Nordfonn et al., 2019). En nackdel med besök på öppenvårds kliniken som patienterna upplevde var att resan dit var ett ansträngande och tidskrävande åtagande (Aamodt et al., 2020).

Att inhämta information i upprätthållande syfte

Patienterna beskrev att sökandet efter kunskap och information var en viktig del för att öka förståelsen för hjärtsvikt samt distrahera sig från negativa aspekter associerat med hjärtsvikten (Chew & Lopez, 2017). Ett kontinuerligt kunskapsinlärande var en sporre för patienterna att fortsätta sin hantering och lärande av egenvård (Chew & Lopez, 2017). Vardagen präglades av ett ständigt kunskapssökande (Min et al., 2023; Son et al., 2019). Förståelsen av sin hälsostatus och värderingen av information prioriterades under hanteringen av hjärtsvikten, vilket ökade behovet av kunskap om tillståndet och dess egenvård (Son et al., 2019). Patienterna beskrev att de många gånger aktivt sökte information om egenvård självständigt, särskilt vid ängslan. Känslor som oro, rädslor och plötsliga symtom som var kopplat till en försämring av hjärtsvikten gav drivkrafter efter kunskapsinhämtande (Son et al., 2019). De använde sig av internet vid sökning efter information, som ansågs var hjälpsamt då det gav en oerhörd mängd information (Meraz, 2019). Men den innefattade även motstridig information, som i sin tur gav osäkerhet och rädslor för vilken information som var sann (Meraz, 2019; Nordfonn et al., 2020). Närstående utgjorde en viktig del i informationsinhämtningen (Min et al., 2023). Tillsammans med sin närstående sökte patienterna information online om kost och dess näringsinnehåll för att kunna göra medvetna val och anpassa sin kosthållning (Min et al., 2023).

Patienterna var inte villiga att ta emot råd och information från personer som inte var vårdpersonal gällande behandlingen och egenvården av hjärtsvikt då denna ansågs vara opålitlig (Min et al., 2023; Suharsono et al., 2024). Förmågan att bedöma information om hjärtsvikt, att avgöra vilken information som är missvisande, underlättades genom utbildning av vårdpersonal (Min et al., 2023). De beskrev att hjärtsviktens börda föranledde en ökad kontakt med vårdpersonal för att erhålla rådgivning som stöttade deras fortsatta egenvård och främjade deras hälsa (Suharsono et al., 2024; Min et al., 2023; Myers et al., 2020). Möten med vårdpersonalen var en nyckelpunkt för deras utveckling kunskapsmässigt, och de beskrev att deras förmåga att avgöra vilka symtom som kan sammankopplas med hälsobeteenden utvecklades under besök (Myers et al., 2020). Patienterna sökte rådgivning och information för att kunna göra välinformerade val angående vilka aktiviteter som var lämpliga för deras tillstånd och hur dessa kunde implementeras i deras vardag, samt om läkemedelsbehandlingar (Meraz, 2019; Sano & Majima, 2018). Patienterna poängterade vikten av tydlig information från vårdpersonal (Nordfonn et al., 2020). Informationen bör hållas kort och koncis, där både kortsiktiga och långsiktiga planer för vården kommuniceras. Detta var en viktig aspekt för att kunna hantera sin hjärtsvikt (Nordfonn et al., 2020). En långsiktig kontakt med vårdpersonal inriktade på hjärtsvikt innebar en ökad trygghet i och med vetskapen att en tillitsfull informationskälla fanns tillgänglig för att understödja deras kunskapsinhämtande och egenvård (Nordfonn et al., 2019). Patienterna litade i stor uträkning på information som öppenvårdskliniken delat ut, såsom informationsblad och blanketter (Son et al., 2019). Flera svårigheter upplevdes i kontakten med vårdpersonal, såsom den begränsade tiden som fanns under läkarbesök (Son et al., 2019). Detta medförde att deras möjlighet att få ställa frågor och inhämta kunskap blev bristfällig (Meraz, 2019; Suharsono et al., 2024). Patienterna upplevde att de fick bristfällig information vid besök hos sjuksköterska på öppenvårskliniken (Nordfonn et al., 2019). Besöken kretsade ofta runt blodprov med lämpliga läkemedelsjusteringar, och att tiden för information om egenvård var begränsad. De önskade få kunskap inom kosthållning, fysisk aktivitet och generella råd för egenvård inom hjärtsvikt. Detta bristande lärande innebar konsekvenser där de kände sig oförberedda och osäkra inom utförandet av egenvård, något som negativt påverkade deras hantering av hjärtsvikten (Nordfonn et al., 2019).

Att använda verktyg som underlättar vardagen

Patienterna beskrev användandet av flera olika hjälpmedel för att bistå deras förmåga till egenvård. Dessa underlättade implementeringen av egenvård i vardagen (Aamodt et al., 2020; Suharsono et al.,

2024). Internet ansågs var ett värdefullt teknologiskt hjälpmedel att använda när patienterna befann sig i hemmet och behövde enkla instruktioner (Suharsono et al., 2024). Vidare var mobilen ett hjälpsamt verktyg, då de använde larmfunktioner för att påminna sig om vilka tider de bör ta sin medicin och bokade tider hos vården (Suharsono et al., 2024). De använde sin mobil för att komma i kontakt med öppenvårdskliniken, få åtkomst till svar på deras blodprov och ringa samtal vid akuta situationer där de behövde hjälp (Aamodt et al., 2020). Patienterna tyckte dock att användandet av mobilen för att kontakta vårdpersonal och samtala om hjärtsvikten kändes opersonligt och olämpligt för att diskutera sjukdomsrelaterade ämnen. Olika e-hälsoappar på mobilerna användes för att understödja egenvården genom att direkt kunna monitorera aktivitetsnivå och sömn, men även övervakning av puls, syresättning, blodtryck och blodsockernivå. De beskrev dock att användandet av mobilappar ej var något som var aktuellt och ej hade gynnat dem, då de hade ovana av användandet av mobilappar och hade minimalt intresse av teknologi. Olika digitala verktyg användes av patienterna för att ha videomöten med närstående, arbete och vid utbildningstillfällen. Att kunna ha videosamtal med vårdpersonal sparade energi och tid samt minskade belastning av sjukvårdens resurser. Patienterna beskrev dock en ökad oro över den digitala utvecklingen, med rädslor för att videosamtal kommer utvecklas och bli det enda sättet att komma i kontakt med vårdpersonal, då det kändes opersonligt (Aamodt et al., 2020).

Patienterna använde dagböcker inom skötseln av deras egenvård (Aamodt et al., 2020; Meraz, 2019). I dagböckerna antecknades upplevda symtom och tecken, daglig medicinering samt justeringar i läkemedelsdoseringar, noteringar om bokade besök på öppenvårdskliniken samt anteckningar om daglig vikt, blodsockernivå och blodtryck (Aamodt et al., 2020; Meraz, 2019). De upplevde att användande av dagboken gav positiva känslor av ökad självständighet inom hanteringen av hjärtsvikten. Dock upplevde de att dagboken kändes överväldigande och gav ökade känslor av oro och ångest, vilket gjorde att användningen upphörde. Ett annat verktyg som patienterna använde sig av vid egenvården var en kroppsvåg. Vågen ansågs vara ett användbart verktyg då den kunde identifiera variationer i kroppsvikt som kunde indikera på vätskeretention, samt användas för att avgöra behov av vätskedrivande läkemedel. De beskrev dock att användning av vågen hade negativa associationer och lösningen blev att sätta vågen utom synhåll i perioder (Aamodt et al., 2020).

DISKUSSION

Metoddiskussion

För att säkerställa den allmänna litteraturstudiens kvalitet har ett forskningsrelaterat ramverk med kvalitetskriterier av Lincoln och Guba (1985; 1994, refererad i Polit och Beck, 2021) begrundats och tillämpats under studiens gång. Dessa utgår från att öka studiens **trovärdighet** (trustworthiness) genom fem olika kriterier som är **tillförlitlighet** (credibility), **verifierbarhet** (dependability), **giltighet** (confirmability), **överförbarhet** (transferability) och **autenticitet** (authenticity) (Lincoln och Guba (1985; 1994, refererad i Polit och Beck, 2021, s. 569–571). Tillförlitlighet handlar om att säkerställa att resultatet återspeglar deltagarnas erfarenheter på ett rättvisande sätt, och att resultatet därmed är giltigt. Verifierbarhet handlar om transparens i forskningsprocessen som möjliggör att den kan upprepas och fortfarande ge samma resultat, vilket ger stabilitet över tid. Giltighet innefattar resultatets objektivitet, att den inte förvrängts av författarnas föreställningar och bias, detta stärks av redovisning av datainsamling och analys. Överförbarhet avser i vilken utsträckning resultatet går att applicera inom andra kontexter. Autenticitet berör huruvida resultatet presenterar en mångfald av verkligheter på ett uppriktigt sätt, vilket ökar läsarens förståelse av området (Lincoln & Guba, 1985; 1994, refererad i Polit & Beck, 2021, s. 569–571).

Niostegsmodellen av Polit och Beck (2021) berör grundläggande beståndsdelar inom genomförandet av en litteraturstudie, och den tillämpades vid arbetsprocessens alla skeden. Stegen behandlar ingående delar av forskningsprocessen såsom en formulering av syfte och relevanta frågeställningar, sökstrategier, val och inhämtande av data, kvalitetsgranskning, tydlig dokumentation av forskningsprocessen samt summering av data. Stegen följer en struktur, men denna beskrivs vara en struktur som inte följer en linjär process. Detta innebär att modellen kontinuerligt ger forskarna möjlighet att se tillbaka över genomförd process, och justera denna utifrån tillkommen information genom studiens utförande (Polit & Beck, 2021, s. 85). Användandet av en strukturerad modell har därmed stärkt studiens **verifierbarhet** och **giltighet** då samtliga steg har följts, dokumenterats och redovisats med tydlighet under hela processen.

Designen som valdes för att besvara denna studies syfte var en allmän litteraturstudie med kvalitativ ansats. En allmän litteraturstudie syftar till att sammanställa mängden kunskap som finns inom ett specifikt område (Forsberg & Wengström, 2016, s. 25). Svagheten med denna design är att materialet sällan bearbetas systematisk. I ett försök att stärka denna studie beskrevs metoden utförligt, samt att samtliga artiklar som ingått i resultatet kvalitetsgranskades noggrant (Forsberg & Wengström, 2016, s. 25–26). Dessa åtgärder stärker studiens **verifierbarhet** och **giltighet**. Kvalitativ forskning har till funktion att skildra och skapa förståelse kring människors personliga erfarenheter, vilket stämde överens med studiens syfte. Vid kvalitativ forskning kan studiers frågeställningar utvecklas efter vilken typ av data som identifieras under arbetets gång (Forsberg & Wengström, 2016, s. 44). Detta fick författarna till denna studie erfara, då studiens syfte ändrades två gånger innan det slutgiltiga syftet sammanställdes.

Det slutgiltiga syftet blev *patienters erfarenheter vid hjärtsvikt av att hantera egenvården och att erhålla stöd från öppenvården*, varav flera svagheter kunde identifieras. Denna studie beskrev endast erfarenheter av personer med hjärtsvikt som befann sig inom öppenvården, i och med detta förbisågs erfarenheter av personer som befann sig inom andra kontexter. Personer inlagda för hjärtsvikt utgjorde 1–2 procent av sjukhusinläggningar globalt, och 30–40 procent av alla personer som lider av hjärtsvikt har någon gång varit inlagd (Savarese et al., 2022). Det betyder att en stor andel av alla personer med hjärtsvikt befann sig inom slutenvården, och deras erfarenheter framkom inte. Detta

minskade studiens **överförbarhet**, då den är aktuell för endast ett begränsat antal människor, i en snäv kontext. En annan svaghet var att typen av hjärtsvikt inte definierades. Det går att anta att upplevelsen kring tillståndet och dess egenvård kan skiljas åt mellan kronisk och akut hjärtsvikt, vilket eventuellt kan förvränga resultatet när det inte är definierat.

Vidare under steg 2 i niostegsmodellen av Polit och Beck (2021) hanterades studiens urval. Formuleringen av inklusions- och exklusionskriterier beskrivs av Forsberg och Wengström (2016) som en viktig del av forskningsprocessen, då det möjliggör beslutsfattande om vilken forskning som anses vara relevant för studiens syfte (Forsberg & Wengström (2016, s. 174–175). Begränsningar har även tillämpats som ett ytterligare steg i säkerställandet av relevant data. Artiklarnas peer-review status var en begränsning som ansågs ha hög relevans för studiens **tillförlitlighet**. Polit och Beck (2021) menar att artiklar som är peer-reviewed har en högre vetenskaplig kvalitet, då den granskas av utomstående erfarna forskare som tar hänsyn till olika aspekter såsom etiskt godkännande och bias (Polit & Beck, 2021, s. 577). Begränsningen som bestämde resultatartiklarnas publiceringsår ansågs stärka studiens **giltighet**, då den säkerställer att forskningen var aktuell och representerade det nuvarande kunskapsläget. Inga begränsningar angående geografisk lokalisering tillämpades, då ett globalt perspektiv ansågs vara aktuellt i och med hjärtsviktens del av den globala sjukdomsbördan. Artiklarna som ingick i denna studies resultat var utförda i Indonesien (1), Japan (1), Norge (3), Singapore (1), Sydkorea (2) och USA (2). Samtliga länder klassificerades som höginkomstländer, förutom Indonesien, som klassificerades som ett högre medelinkomstland (The World Bank, 2023). Detta minskade studiens **överförbarhet**, då resultatet inte går att relatera till personer som lever med hjärtsvikt från låg- eller medelinkomstländer. Implementeringen av inklusions- och exklusionskriterierna och begränsningarna säkerställde att artiklarna som identifierades var relevanta och meningsfulla. Redovisningen av dessa i metoden anses stärka studiens **verifierbarhet** och **giltighet**.

Datansamlingen inkluderade Steg 3 till 7 av niostegsmodellen, och den påbörjades genom att identifiera relevanta databaser att utföra sökningarna i, varav PubMed och CINAHL valdes ut. Denna studies ämne ingår inom omvårdnad, därav ansågs databaserna vara lämpliga, då båda täcker det området väl (Polit & Beck, 2021, s. 90–93). Vid användningen av flera databaser kan flera perspektiv fångas upp, vilket stärker studiens **tillförlitlighet** och **autenticitet**. Studiens syfte var till en början *Sjuksköterskors erfarenheter av omvårdnad vid hjärtsvikt inom öppenvården*, därefter *Patienters erfarenheter av omvårdnad vid hjärtsvikt inom öppenvården*, men till sist blev den *Patienters erfarenheter vid hjärtsvikt av att hantera egenvården och att erhålla stöd från öppenvården*. Vid de initiala sökningarna identifierades det att fler artiklar handlade om patienternas perspektiv, än sjuksköterskans. Därefter identifierades det att fler artiklar handlade om patienternas erfarenheter med egenvård, än deras erfarenheter med omvårdnad. På så sätt formade författarna det slutgiltiga syftet, utifrån det tillgängliga datamaterialet som uppkommit vid sökningarna.

CINAHL Headnings är CINAHLs egna ämnesord, när dessa används i sökningar så identifieras alla artiklar som ingår inom det området (Polit & Beck, 2021, s. 91). Ämnesorden som identifierades för denna studie var *Heart Failure*, *Self Care*, *Patient Attitudes* och *Outpatients*. *Patient Attitudes* och *Outpatients* exkluderades i ett tidigt skede, då de medförde bristfälliga resultat. Detta resulterade i att sökningen blev bredare, vilket kan ses som en fördel, då det minskar risken för att relevanta artiklar förbises. Däremot kan det även ses som en svaghet, när sökningen blir mindre specificerad blir den svårare att replikera, vilket minskar studiens **verifierbarhet**. När *Outpatients* uteslöts, resulterade det i artiklar med flera olika kontexter. Däremot framkom kontexten i artiklarna genom att läsa deras abstrakt eller metod. Öppenvården användes därmed fortfarande som ett inklusionskriterium vid identifieringen av relevanta artiklar, trots att sökningarna inte inkluderade detta som ett sökord. Vid

sökningarna via PubMed inkluderades *outpatient* som ett sökord, med tillfredsställande resultat. Den slutgiltiga sökningen på PubMed utgjordes av fem föregående sökningar, vid CINAHL bestod den av sex. Dessa sökningar dokumenterades i en sökmatrix, med respektive sökord och resultat, samt exkluderingsprocessen av artiklar. Denna sökmatrix ökar studiens **verifierbarhet** och **giltighet**, då den möjliggör för andra att göra samma sökningar och därmed få samma resultat. De valda artiklarna kvalitetsgranskades med SBU:s granskningsmall (SBU, 2022). Resultatet av granskningen presenterades i metoden och mallen infogades som bilaga. Detta medför en ökad transparens, vilket stärker studiens **verifierbarhet** och **giltighet**.

Steg 8 av niostegesmodellen (Polit & Beck, 2021) var analys av utvalda data. Detta skedde med Graneheim & Lundmans (2004) och Lindgren et al. (2020) innehållsanalys, som ansågs lämplig då denna metod ofta används vid kvalitativa ansatser och möjliggör en strukturerad och varierad abstraktionsgrad av analysen (Graneheim & Lundman, 2004; Lindgren et al, 2020). Denna genomfördes med noggrannhet och där författarna först granskade materialet enskilt, för att sedan diskutera och nå konsensus gemensamt för att undvika att enskilda tolkningar eller förutfattade meningar förvrängde analysen. Samtliga steg dokumenterades noggrant under analysförfarandet och en exempeltabell konstruerades för att ytterligare tydliggöra analysförfarande samt transparensen av dataanalysen, något som stärkte studiens **verifierbarhet** och **giltighet**. Analysförfarandet med innehållsanalys har präglats av att författarna kontinuerligt reflekterat huruvida patienternas erfarenheter genomsyrat analysen, för att säkerställa att denna är i linje med studiens syfte. Genom att kontinuerligt begrunda och dokumentera analysförfarandet, samt fokusera på att patienternas röst framträder genom analysen, har en lyckad innehållsanalys kunnat genomföras som därmed har stärkt studiens **trovärdighet** och **autenticitet**. Dock kan svagheter vid analysen identifieras, såsom författarnas tidigare bakgrund. Ingen av författarna har tidigare genomfört varken en litteraturstudie eller en innehållsanalys, något som kan anses försvaga studien på så sätt att misstag och viktiga data kan komma förbises på grund av oerfarenhet. Detta är något som har begrundats av författarna, och därmed inneburit att samtliga steg genomförts med noggrannhet och med stöd av erfarna handledare som förmedlat viktig expertis inom forskningsprocessen under arbetets gång.

Slutligen under steg 9 av niostegesmodellen (Polit & Beck, 2021) sammanställdes resultatet av genomförd innehållsanalys. Detta steg innebar att innehållsanalysen konstruerades till ett resultat, och detta gjordes med noggrannhet för att säkerställa att samtliga framkomna subkategorier och kategorier utgick från patienternas erfarenheter, och att dessa tydligt genomsyrade texten. Resultatet presenterades med en figur som var ett ytterligare steg för att skapa en tydlig och transparent överblick som underlättar förståelsen för läsaren av funnet resultat. Detta medförde att studiens **tillförlitlighet** samt **autenticitet** kunde stärkas. Däremot ansågs resultatet sakna en **överförbarhet** till andra kontexter, då den bygger på subjektiva upplevelser av en grupp med särskilda förutsättningar, som skiljer sig från andra grupper i samhället.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva patienters erfarenheter av att hantera egenvården och erhålla stöd från öppenvården. Resultatet i denna studie visade att erfarenheter kring egenvården vid hjärtsvikt präglades av anpassningen till en förändrad livssituation, samt användandet av olika resurser för att bibehålla hälsa. Den förändrande livssituationen medföljdes av diverse begränsningar, såsom att ta avstånd från vissa aktiviteter, samt hantering av läkemedel och dess effekter och biverkningar. Behovet av information och stöd var ovärderligt i upprätthållandet av egenvård. Särskilt viktigt var kunskapen kring hjärtsvikten och livsstil och hur dessa påverkade varandra. Personerna använde olika verktyg som främjade deras förmåga till egenvård, samt dess implementering i vardagen. Ett

återkommande ämne var egenvårdens digitalisering, och dess för- och nackdelar. De vårdvetenskapliga begreppen *Lidande* och *Person* diskuterades även i relation till studiens resultat.

Personernas erfarenheter med egenvård vid hjärtsvikt kan även relateras till det vårdvetenskapliga begreppet *Lidande*. Enligt Wiklund-Gustin (2019) kan lidande resultera i följd av en livsomvälvande förändring. De beskrev just detta, att efter hjärtsviktsdiagnosen skedde en drastisk förändring i deras livssituation. Den nya vardagen, präglad av hjärtsvikten och dess behandling och egenvård, upplevdes som överväldigande, och patienterna tvekade på sig själva om detta var något de kunde klara av. Det stämmer överens med Wiklund-Gustins (2019) vidare beskrivning av *Lidande*, där en uppgivenhet kring livet och existentiella frågor kan erfaras. Tankar kring döden är även en aspekt av att vara lidande som person (Wiklund-Gustin, 2019). Personerna beskrev en ökad medvetenhet om sin egen dödlighet. Den nya medvetenheten var dock inte enbart negativ, då den medförde en ökad motivation för upprätthållandet av egenvård, på grund av deras vilja att leva längre. Hjärtsviktsdiagnosen förändrande inte bara deras liv, utan även deras familjers, vilket skapade rädslorna för att utgöra en börda och känslor av skuld. Det går hand i hand med hur Kimani et al. (2018) beskriver *Lidande* som uppkommit efter en livsomvälvande förändring, att det kan innebära en oro för hur närstående kan komma påverkas (Kimani et al., 2018). Vidare lyfter Leeming et al. (2014) att lidandet hos personer med hjärtsvikt har en särskild komplexitet, i och med de många aspekterna som tillståndet inverkar på. Att hjärtsvikten i hög grad påverkar den fysiska kroppen är något som blir särskilt påtagligt inom vardagen, detta medför många gånger nya begränsningar som kan vara svåra att greppa och acceptera. Dessa fysiska symtom är många gånger överväldigande och gör att andra aspekter inom tillvaron, såsom de själsliga och existentiella dimensionerna, som också i hög grad påverkas av hjärtsvikten, blir åsidosatta och detta är något som ytterligare kan öka lidandet (Leeming et al., 2014). Detta stämmer överens med denna studies resultat, där personerna beskrev olika upplevda begränsningar. Den förändrade fysiska förmågan gav upplevelser av svaghet och ett minskat självförtroende. De tog avstånd från aktiviteter och intressen som de haft innan hjärtsvikten, vilket upplevdes som utmanande. Läkemedelsbehandlingar som tillkommit i samband med diagnostiseringen utgjorde också ett hinder i vardagen, och det bidrog till lidandet orsakat av hjärtsvikten. Svensk Sjuksköterskeförening (2024) beskriver i deras *Värdegrund för omvårdnad*, att en del av sjuksköterskans omvårdnadsansvar är just att lindra detta lidande hos patienter i som befinner sig i behov av omvårdnad (Svensk Sjuksköterskeförening, 2024).

Personernas behov av stöd kan kopplas samman med det vårdvetenskapliga begreppet *Person*. Personerna beskrev detta stöd som ovärderligt i upprätthållandet av deras egenvård, och att de behövde stöd i flera olika sammanhang. Ricour (1992/1990) menar att vara en person är att vara kapabel, men det utesluter inte upplevelser av sårbarhet (Ricour, 1992/1990; Henriksen & Arne, 1998, refererad i Ölhén & Friberg, 2019). Sårbarheten är en del av att vara en person, och det är sammankopplat med behovet av omsorg från omgivningen (Henriksen & Arne, 1998, refererad i Ölhén & Friberg, 2019). Personer med hjärtsvikt som är i behov av stöd för att mäkta med tillståndet och egenvården, uppvisar en sårbarhet inför sin omgivning. Att erkänna sig själv som sårbar och att man är i behov av omsorg, tyder på förmågor hos personen såsom reflektion, värdering och kommunikation. Dessa förmågor menar Ricour (1992/1990) är en del av att vara en egen person (Ricour, 1992/1990, refererad i Ölhén & Friberg, 2019). I sjuksköterskans arbete ingår det att se och bemöta personen bakom patienten, och enligt ICN:s etiska kod är sjuksköterskans främsta uppgift att ge personcentrerad omvårdnad till behövande personer och familjer (ICN, 2023). Giusti et al. (2024) lyfter vikten av personcentrerad omvårdnad vid hjärtsvikt, där omvårdnaden utgår ifrån varje persons önskemål och fysiska, psykiska och emotionella behov. Det är vanligt att närstående till personer med hjärtsvikt agerar som informella vårdgivare. Det kan medföra en psykisk påfrestning för dessa personer, som

visas genom höga nivåer av stress och sömnsvårigheter. Till följd därav hävdar Giusti et al. (2024) att det är av största vikt att även närstående beaktas i den personcentrerade omvårdnaden. Därmed bemöts de som en egen person av sjuksköterskan, i stället för i rollen som närstående (Giusti et al., 2024). I denna studies resultat nämns närstående till personer med hjärtsvikt flertalet gånger. Stödet från närstående var en väsentlig del av att klara av hanteringen av tillståndet och egenvården, vilket stärker påståendet av Giusti et al. (2024) att närstående bör inkluderas ännu mer i sjuksköterskans personcentrerade omvårdnad.

Resultatet visade att kunskap kring hur hjärtsvikt, livsstil och egenvård är sammankopplat motiverade till upprätthållandet av egenvård. Följsamheten till egenvården förbättrades när personerna förstod hur egenvården kan försämra eller förbättra uttrycket av symtom. Med kunskap kring hur livsstil påverkar hälsan, gjorde de därefter livsstilsförändringar som syftade till att främja hälsa. Enligt Ratzan och Parkers (2000) definition av hälsolitteracitet, är det personers förmåga att inhämta och förstå information angående deras hälsa, samt därefter utföra förändringar i hälsobeteenden (Ratzan & Parker, 2000, refererad i Nielsen-Bohman et al., 2004, s. 31). Denna studies resultat skulle då kunna tydas på så sätt att en högre nivå av hälsolitteracitet är sammankopplat med en effektivare egenvård samt en ökad följsamhet. Detta påstående stärks av Matsuoka et al. (2016), vars studie undersökte relationen hälsolitteracitet och personers egenvårdsbeteenden vid hjärtsvikt. Matsuoka et al. (2016) hävdar att generellt är en lägre grad av hälsolitteracitet sammankopplat med färre egenvårdsbeteenden och en lägre kunskap angående hjärtsvikt. Personer med lägre grad av hälsolitteracitet hade en minskad följsamhet till daglig vikt och vätskerestriktion, minskad förståelse för vikten av vila vid andfåddhet, samt en minskad benägenhet att kontakta vården vid försämring av symtom (Matsuoka et al., 2016). Däremot framgick det inte i denna studies resultat vad för andra förutsättningar personerna hade som kunde ha en eventuell inverkan på förmågan att utföra och vara följsam till egenvård. Kleman et al. (2024) menar att det inte bara är graden av hälsolitteracitet som påverkar denna förmåga, utan även andra faktorer som både kan vara personrelaterade och systematiska. Olika personrelaterade faktorer var självsäkerhet och självförmåga, mängden upplevda symtom, utbildningsnivå, könstillhörighet, hushållets inkomst, tillhörandet av en minoritetsgrupp och arbetslöshet, bland annat. Systematiska faktorer inkluderade exempelvis sociala nätverk, arbetsmiljö, hälso- och sjukvård, sociala organisationer, lagar, religion, kultur och landets ekonomi (Kleman et al., 2024). Den systematiska litteraturöversikten av Kleman et al. (2024) visade, precis som denna studies resultat, att hälsolitteracitet var sammankopplat med egenvård. Däremot utgjorde hälsolitteracitet endast en faktor bland flertalet andra som påverkade personers förmåga till egenvård (Kleman et al., 2024). Därav blir denna studies resultat en aning missvisande, då den går att tolkas som att det endast är graden av hälsolitteracitet som har ett inflytande över förmågan att utföra och vara följsam till egenvård vid hjärtsvikt.

Studiens resultat visade hur användandet av olika resurser inom egenvården var en essentiell del av personernas erfarenheter. De digitala verktygen var särskilt aktuella för att understödja egenvården genom att möjliggöra tillgänglighet av information, symtommonitorering och kontakt med vårdpersonal inom öppenvården. Å andra sidan beskrev personerna även svårigheter inom de digitala verktygen, särskilt vid videosamtal med vårdpersonal. Enligt Masterson-Creber et al. (2023) kan införandet av digitala verktyg både facilitera möjligheten för en förbättrad och tillgänglig vård inom hjärtsvikt, men det kan även vara en begränsning då dessa typer av tjänster kräver en viss mängd teknisk kompetens (Masterson-Creber et al., 2023). Detta beskrivs av Lam et al. (2020) kunna vara en problematisk aspekt av att olika egenvårdsverktyg alltmer digitaliseras, då många äldre saknar en tillräcklig digital kompetens för att kunna nyttja verktygen inom främjandet av deras egenvård (Lam et al., 2020). Boyne et al. (2022) menar att en viktig del av sjuksköterskans arbete är att understödja personer som

lider av hjärtsvikt med utbildning angående egenvård. Detta gäller särskilt inom digitala verktyg då olika tekniska avanceringar inom området av hjärtsvikt kontinuerligt möjliggör för förbättrade möjligheter till egenvård, omvårdnad samt behandling (Boyne et al., 2022). Kjällman et al. (2025) tydliggör vikten av att omvårdnad och utbildning inom de digitala verktygen har en personcentrerad utgångspunkt, där varje person och dess unika behov tas i beaktande vid all planering och genomförande (Kjällman et al, 2025). Frennert et al. (2023) belyser en problematisk aspekt av den ökade digitaliseringen, vilket är den ökade belastning och ansvar som åläggs sjuksköterskor inom patientutbildning av digitala verktyg. Införandet av olika e-hälsotjänster och digitala verktyg ersätter inte redan existerande vårdplaner och omvårdnadsarbete, utan finns tillgängligt för de personer som är villiga samt behärskar användandet av dessa som ett tillägg. Att erhålla utbildning inom användandet av digitala verktyg är en grundläggande aspekt för att de ska kunna implementeras som ett tillägg i en personcentrerad omvårdnad. Det är ett komplext och tidskrävande arbete i och med personers varierande förutsättningar såsom tillgång till teknik och funktionsnivå (Frennert et al., 2023). Digitaliseringen av egenvården kan innebära både fördelar och nackdelar, både för personer som lider av hjärtsvikt och vid sjuksköterskans arbete. Digitaliseringen av hälso- och sjukvården i stort kan leda till en ökad tillgänglighet, vilket går hand i hand med Agenda 2030s mål att hälso- och sjukvård ska finnas tillgänglig för alla personer trots enskilda förutsättningar (Svenska FN-förbundet, u.å). Däremot beskrev personer i denna studies resultat att den digitaliserade egenvården, såsom att använda olika appar för monitorering, var ogynnsamt för dem då de saknade teknologisk kompetens. De beskrev även en rädsla vid hälso- och sjukvårdens digitalisering, att det i framtiden skulle bli enda sättet att kontakta vårdpersonal. Det skulle innebära en minskad tillgänglighet för dessa personer som saknar intresse och kompetens för teknologi, vilket går emot Agenda 2030s mål angående hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Detta tydliggör återigen vikten av ett personcentrerat förhållningssätt hos sjuksköterskan angående personer som lever med hjärtsvikt och digitaliseringen av dess egenvård.

SLUTSATSER

Denna studies resultat uppvisar hjärtsviktens och egenvårdens komplexitet, och det mångfald av olika erfarenheter som personer med hjärtsvikt kan erfara. Att leva med hjärtsvikt och hanteringen av dess egenvård kan kopplas samman med de vårdvetenskapliga begreppen *Lidande* och *Person*.

Hjärtsviktens begränsningar i vardagen och livet i stort bidrog till ett ökat lidande hos personer med hjärtsvikt. Deras mod i att uppvisa sårbarhet, genom att be om stöd vid hanteringen av tillståndet, visade på kvaliteter av att vara en egen person. Närstående var en ovärderlig aspekt i hanteringen av hjärtsvikten, i sjuksköterskans fortsatta arbete är det viktigt att inkludera dem ännu mer i den personcentrerade omvårdnaden. Hälsolitteracitet var en av flertalet faktorer som påverkade förmågan till egenvård, men där behövs det vidare forskning angående hur hälsolitteraciteten kan ökas hos personer med hjärtsvikt, samt hur de kan motiveras till effektivare egenvård. I samband med samhällets digitalisering, digitaliseras även egenvården vid hjärtsvikt. Mer forskning behövs kring vad denna digitalisering gör för hälso- och sjukvårdens tillgänglighet, samt vad den kan ha för konsekvenser för människor och deras hälsa. Vid sjuksköterskans vidare arbete inom öppenvården är det av största vikt att anpassa omvårdnaden efter varje person hon möter, då ett personcentrerat förhållningsätt kan bidra till en effektivare egenvård hos personer som lever med hjärtsvikt, vilket i sin tur kan minska dessa personers lidande.

REFERENSER

Aamodt, I. T., Lycholip, E., Celutkiene, J., von Lueder, T., Atar, D., Falk, R. S., Hellesø, R., Jaarsma, T., Strömberg, A., & Lie, I. (2020). Self-Care Monitoring of Heart Failure Symptoms and Lung Impedance at Home Following Hospital Discharge: Longitudinal Study. *Journal of medical Internet research*, 22(1), e15445. <https://doi.org/10.2196/15445>

* Aamodt, I. T., Strömberg, A., Hellesø, R., Jaarsma, T. & Lie, I. (2020). Tools to Support Self-Care Monitoring at Home: Perspectives of Patients with Heart Failure. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17(23) <https://doi.org/10.3390/ijerph17238916>

Akpınar, G., & Topaçoğlu, H. (2021). Evaluation of the effect of patient position in the management of chronic heart failure patients presenting with dyspnea. *Journal of Surgery & Medicine (JOSAM)*, 5(3), 284–288. <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.28982/josam.900938>

Al-Hammonuri, M. M. & Rababah, J. (2022). Examining the underlying processes of different dimensions of self-care behavior among persons with heart failure. *BMC Cardiovascular Disorders*, 6(22), 437 <https://doi.org/10.1186/s12872-022-02876-3>

Audulv, Å. (2019). Kapitel 25: Egenvård. I I F. Friberg & J. Öhlén (red.), *Omvårdnadens Grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (3. uppl., s. 681–703). Studentlitteratur.

Boyne, J. J., Ski, C. F., Fitzsimons, D., Amin, H., Hill, L., & Thompson, D. R. (2022). The changing role of patients, and nursing and medical professionals as a result of digitalization of health and heart failure care. *Journal of nursing management*, 30(8), 3847–3852. <https://doi.org/10.1111/jonm.13888>

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology, *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Cajita, M. I., Cajita, T. R., & Han, H. R. (2016). Health Literacy and Heart Failure: A Systematic Review. *The Journal of cardiovascular nursing*, 31(2), 121–130. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000229>

*Chew, H. S. J. & Lopez, V. (2017). Empowered to Self-Care: A Photovoice Study in Patients With Heart Failure. *Journal of Transcultural Nursing*, 29(5) <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1177/104365961774513>

Florin, J. (2019). Kapitel 2: Omvårdnadsprocessen. I A. Ehrenberg & L. Wallin (red.), *Omvårdnadens Grunder: Ansvar och utveckling* (3. Uppl., s. 47-50). Studentlitteratur.

Forsberg & Wengström (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Natur & kultur

Frennert, S., Petersson, L., & Erlingsdottir, G. (2023). "More" work for nurses: the ironies of eHealth. *BMC health services research*, 23(1), 411. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09418-3>

Fry, M., McLachlan, S., Purdy, S., Sanders, T., Kadam, T.U. & Chew-Craham, C.A. (2016). The implications of living with heart failure; the impact on everyday life, family support, co-morbidities and access to healthcare: a secondary qualitative analysis. *BMC Family Practice* 17(139) <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0537-5>

Giusti, A., Pukrittayakamee, P., Wannarit, K., Thongchot, L., Janwanishstaporn, S., Nkhoma, K., Venkatapuram, S., & Harding, R. (2024). How to deliver person-centred care for people living with heart failure: a multi stakeholder interview study with patients, caregivers and healthcare professionals in Thailand. *BMC health services research*, 24(1), 1570. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11922-z>

Gomez, R., Andrey, J. L., Puerto, L. J., Romero, S. P., Pendrosa, M. J., Rosety-Rodriguez, M. & Gomez, F. (2023). Health literacy and prognosis of heart failure: a prospective propensity-matched study in the community. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 22(3) 282-290
<https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvac045>

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105–112.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Habaybeh, D., de Moraes, M. B., Slee, A., & Avgerinou, C. (2020). Nutritional interventions for heart failure patients who are malnourished or at risk of malnutrition or cachexia: a systematic review and meta-analysis. *Heart failure reviews*, 26(5), 1103–1118. <https://doi.org/10.1007/s10741-020-09937-9>

Hu, Y., Jiang, J., Xu, L., Wang, C., Wang, P., Yang, B. & Tao, M. (2020). Symptom clusters and quality of life among patients with chronic heart failure: A cross-sectional study. *Japan Journal of Nursing Science*, 18(1) e12366 <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1111/jjns.12366>

International Council of Nurses (2023). Constitution. https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-09/ICN%20Constitution%202023_0.pdf

de Jorge-Huerta, L., Marco-Alacid, C., Grande, C., & Velardo Andrés, C. (2024). A Narrative Review of the Diagnosis and Treatment of Sarcopenia and Malnutrition in Patients with Heart Failure. *Nutrients*, 16(16), 2717. <https://doi.org/10.3390/nu16162717>

Kareld, L. (2020). Vård vid hjärt- och kärlsjukdomar. I T. Ericsson & M. Lind (red.), *Medicinska sjukdomar* (s. 102–114). Studentlitteratur.

Kimani, K. N., Murray, S. A., & Grant, L. (2018). Multidimensional needs of patients living and dying with heart failure in Kenya: a serial interview study. *BMC palliative care*, 17(1), 28.
<https://doi.org/10.1186/s12904-018-0284-6>

Kjällman Alm, A., Hellzen, O., & Rising-Holmström, M. (2025). Registered Nurses' Experience of Person-Centred Care Through Digital Aids in Primary Care Setting During the COVID-19 Pandemic. *Nursing open*, 12(1), e70134. <https://doi.org/10.1002/nop2.70134>

Kleman, C., Turrise, S., Winslow, H., Alzaghari, O. & Lutz, B. J. (2024). Individual and systems-related factors associated with heart failure self-care: a systematic review. *BMC Nursing*, 23(1) 110
<https://doi.org/10.1186/s12912-023-01689-9>

Lam, K., Lu, A. D., Shi, Y., & Covinsky, K. E. (2020). Assessing Telemedicine Unreadiness Among Older Adults in the United States During the COVID-19 Pandemic. *JAMA internal medicine*, 180(10), 1389–1391. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.2671>

- Leeming, A., Murray, S. A., & Kendall, M. (2014). The impact of advanced heart failure on social, psychological and existential aspects and personhood. *European journal of cardiovascular nursing*, 13(2), 162–167. <https://doi.org/10.1177/1474515114520771>
- Lenz, G. (2008). *Encyclopedia of Public Health: Outpatient Care*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4020-5614-7_2486
- Liljeroos, M., & Strömberg, A. (2019). Introducing nurse-led heart failure clinics in Swedish primary care settings. *European journal of heart failure*, 21(1), 103–109. <https://doi.org/10.1002/ejhf.1329>
- Lindgren, B. M., Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2020). Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *International journal of nursing studies*, 108, 103632. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103632>
- Masterson Creber, R., Dodson, J. A., Bidwell, J., Breathett, K., Lyles, C., Harmon Still, C., Ooi, S. Y., Yancy, C., Kitsiou, S., & American Heart Association Cardiovascular Disease in Older Populations Committee of the Council on Clinical Cardiology and the Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Quality of Care and Outcomes Research; and Council on Peripheral Vascular Disease (2023). Telehealth and Health Equity in Older Adults With Heart Failure: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation. Cardiovascular quality and outcomes*, 16(11), e000123. <https://doi.org/10.1161/HCQ.0000000000000123>
- Matsuoka, S., Tsuchihashi-Makaya, M., Kayane, T., Yamada, M., Wakabayashi, R., Kato, B. P. & Yazawa, M. (2016). Health literacy is independently associated with self-care behavior in patients with heart failure. *Patient Education and Counseling*, 99(6) 1026–1032 <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.01.003>
- McDonagh, T. A., Metra, M., Adamo, M., Gardner, R. S., Baumbach, A., Böhm, M., Burri, H., Butler, J., Čelutkienė, J., Chioncel, O., Cleland, J. G. F., Coats, A. J. S., Crespo-Leiro, M. G., Farmakis, D., Gilard, M., Heymans, S., Hoes, A. W., Jaarsma, T., Jankowska, E. A. & Lainscak, M. (2021). 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European heart journal*, 42(36), 3599–3726. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>
- Mensah, G. A., Fuster, V., Murray, C. J. L., Roth, G. A., & Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risks Collaborators. (2023). Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risks, 1990-2022. *Journal of the American College of Cardiology*, 82(25), 2350–2473. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2023.11.007>
- *Meraz, R. (2019). Medication Nonadherence or Self-care? Understanding the Medication Decision-Making Process and Experiences of Older Adults With Heart Failure. *The Journal of cardiovascular nursing*, 35(1) 26-34 <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000616>
- *Min, D., Lee, J., & Ahn, J. A. (2023). A Qualitative Study on the Self-Care Experiences of People with Heart Failure. *Western journal of nursing research*, 45(7), 646–652. <https://doi.org/10.1177/01939459231169102>
- *Myers, S. L., Siegel, E. O., Hyson, D. A., & Bidwell, J. T. (2020). A qualitative study exploring the perceptions and motivations of patients with heart failure who transitioned from non-adherence to adherence. *Heart & Lung: The Journal of Cardiopulmonary and Acute Care*, 49(6) 817-823 <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2020.09.010>

Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M. & Kindig, D. A. (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion* (1. uppl., s. 31). National Academy Press.

* Nordfonn, O. K., Morken, M. I., Bru, L. E. & Husebø, A. M. L. (2019). Patients' experience with heart failure treatment and self-care—A qualitative study exploring the burden of treatment. *Journal of Clinical Nursing*, 28(9–10) 1782–1793 <https://doi.org/10.1111/jocn.14799>

* Nordfonn, O. K., Morken, M. I. & Husebø, A. M. L. (2020). A qualitative study of living with the burden from heart failure treatment: Exploring the patient capacity for self-care. *Nursing Open*, 7(3) 804–813. <https://doi.org/10.1002/nop2.455>

Nutbeam, D. (2004). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3) 259–267 <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>

Olano-Lizarraga, M., Oroviogicoechea, C., Errasti-Ibarrondo, B. & Saracíbar-Razquin, M. (2016). The personal experience of living with chronic heart failure: a qualitative meta-synthesis of the literature. *Journal of clinical nursing*, 25(17–18), 2413–2429. <https://doi.org/10.1111/jocn.13285>

Nyström, M. (2019). Kapitel 17: Vårdrelationer. I F. Friberg & J. Öhlén (red.), *Omvårdnadens Grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (3. uppl., s. 469–477). Studentlitteratur.

Patton, M. Q. (2002). *Qualitative, research & evaluation methods*. Thousand Oaks, California: Sage publications Inc.

Qu, C., Liao, S., Zhang, J., Cao, H., Zhang, H., Zhang, N., Yan, L., Cui, G., Luo, P., Zhang, Q., & Cheng, Q. (2024). Burden of cardiovascular disease among elderly: based on the Global Burden of Disease Study 2019. *European heart journal. Quality of care & clinical outcomes*, 10(2), 143–153. <https://doi.org/10.1093/ehjqcco/qcad033>

Rasjö Wrååk, G., Strandberg, J., Johansson, C., Omberg, M., Ottenblad, E. & Hägglund, E. (2018) *Hjärtsvikt - omvårdnad*. Hämtad den 23 november 2024 från <https://viss.nu/kunskapsstod/omvardnadsprogram/hjartsvikt---omvardnad>

Riegel, B., Dickson, V. V., & Faulkner, K. M. (2016). The Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-Care: Revised and Updated. *The Journal of cardiovascular nursing*, 31(3), 226–235. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000244>

RiksSvikt (2024). *Om hjärtsvikt*. Hämtad den 10 oktober 2024 från <https://www.ucr.uu.se/rikssvikt/allmaenhet/om-hjaertsvikt>

Ross, H., Tod, A. M. & Clarke, A. (2014). Understanding and achieving person-centred care: the nurse perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 24(9–10) 1223–1233. <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1111/jocn.12662>

Rydberg, E & Holst, M. (2016). Hjärtsjukdomar. I A. Ekwall & A. M. Jansson (red.), *Omvårdnad & medicin* (s. 217–259). Studentlitteratur.

*Sano, M. & Majima, T. (2018). Self-management of congestive heart failure among elderly men in Japan. *International Journal of Nursing Practice*, 24(1) e12653 <https://doi.org/10.1111/ijn.12653>

Savarese, G., Becher, P. M., Lund, L. H., Seferovic, P., Rosano, G. M. C. & Coats, A. J. S. (2022). Global burden of heart failure: a comprehensive and updated review of epidemiology. *Cardiovascular Research*, 118(17) 3272–3287 <https://doi.org/10.1093/cvr/cvac013>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2022). *Bedömning av studier med kvalitativ metodik*. Hämtad 1 februari 2025 från https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning_studier_kvalitativ_metodik.pdf

Schuuring, M. J., Treskes, R. W., Castiello, T., Jensen, M. T., Casado-Arroyo, R., Neubeck, L., Lyon, A. R., Keser, N., Rucinski, M., Marketou, M., Lambrinou, E., Volterrani, M., & Hill, L. (2024). Digital solutions to optimize guideline-directed medical therapy prescription rates in patients with heart failure: a clinical consensus statement from the ESC Working Group on e-Cardiology, the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology, the Association of Cardiovascular Nursing & Allied Professions of the European Society of Cardiology, the ESC Digital Health Committee, the ESC Council of Cardio-Oncology, and the ESC Patient Forum. *European heart journal. Digital health*, 5(6), 670–682. <https://doi.org/10.1093/ehjdh/ztae064>

Sedlar, N., Lainscak, M. & Farkas, J. (2021). Self-care perception and behaviour in patients with heart failure: A qualitative and quantitative study. *ESC Heart Failure*, 8(3), 2079-2088 <https://doi.org/10.1002/ehf2.13287>

Ski, C. F., Taylor, R. S., McGuigan, K., Long, L., Lambert, J. D., Richards, S. H., & Thompson, D. R. (2024). Psychological interventions for depression and anxiety in patients with coronary heart disease, heart failure or atrial fibrillation. *The Cochrane database of systematic reviews*, 4(4), CD013508. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013508.pub3>

*Son, Y.-J., Lee, Y.-M. & Kim, Y. E. (2019). How do patients develop self-care behaviors to live well with heart failure?: A focus group interview study. *Collegian: The Australian Journal of Nursing Practice, Scholarship and Research*, 26(4) 448–456 <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2018.12.004>

*Suharsono, T., Ulya, I., Yona, S. & Siswanto, B. B. (2024). Initiation of self-care practices in heart failure patients: a phenomenological study. *Jurnal NRES*, 19(2) 222–230 <https://doi.org/10.20473/jn.v19i2.54096>

Svenska FN-förbundet (u.å). *Globala målen för hållbar utveckling*. Hämtad den 8 oktober 2024 från <https://fn.se/globala-malen-for-hallbar-utveckling/>

Svensk sjuksköterskeförening (2024). *Värdegrund för omvårdnad*. [Broschyr] Svensk sjuksköterskeförening. <https://swenurse.se/download/18.2f2788b8191974f2f813ffbd/1725460671134/Va%CC%88rdegrund%20fo%CC%88r%20omva%CC%8Ardnad.pdf>

Södertörns Högskola (2021). *Referenser enligt APA-systemet: Guide för Röda Korsets Högskola och Södertörns Högskola*. Hämtad den 18 februari 2025 från <https://www.sh.se/appresource/4.46ffb4bf1643b6f9fb01182/12.381e53831924c4b83fa1909/download?documentId=01UQV6L7TE6C2OLFFROJHKGSGHYKGGQ7T52&documentLibrary=b!Sd1krT5VEWkwO4W9o1Vwa-wTMWsXxGqWL6EvVaM-KbHzFMgn4VS7D9r9iD0Hoo&name=Referenser%20enligt%20APA-systemet.pdf>

United Nations Assembly (1948). *Universal Declaration of Human Rights*. https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/eng.pdf

The World Bank (2023). *The World by Income and Region*. Hämtad den 14 mars 2025 från <https://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators/the-world-by-income-and-region.html>

Wiklund-Gustin, L. (2019). Kapitel 15: Lidande. I F. Friberg & J. Öhlén (red.), *Omvårdnadens Grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (3. uppl., s. 409–437). Studentlitteratur

World Health Organisation (u.å). *Nursing and midwifery*. Hämtad den 9 oktober 2024 från https://www.who.int/health-topics/nursing#tab=tab_3

World Health Organisation (2020). *State of worlds nursing: Investing in education, jobs and leadership*. (978-92-4-000327-9) World Health Organisation. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331677/9789240003279-eng.pdf?sequence=1>

World Medical Association (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>

Öhlén, K. & Friberg, F. (2019). Kapitel 11: Person. I F. Friberg & J. Öhlén (red.), *Omvårdnadens Grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (3. uppl., s. 317–328). Studentlitteratur.

BILAGOR

BILAGA I. Sökmatrix CINAHL

Databas, datum, sökning	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar
S1	250218 MH "Heart Failure+"	Inga	50 977	0	0	0	0
S2	MH "Self Care+"	Inga	64 266	0	0	0	0
S4	Patient*	Inga	2 593 187	0	0	0	0
S5	perception* OR view* OR experience* OR perspective* OR attitude*	Inga	1 225 652	0	0	0	0
S6	self-care OR self- management OR self-maintenance OR self-monitoring OR self-regulation	Inga,	93 081	0	0	0	0
S7	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5 AND S6	Engelska Senaste 10 åren Peer-reviewed	284	284	78*	10**	6*** #1 #2 #3 #4 #5

* 206 artiklar exkluderades då dem ej hade kvalitativ ansats, ej var ur patientens perspektiv, berörde ej egenvård, ej öppenvård.

**68 artiklar exkluderas då dem ej hade kvalitativ ansats, ej öppenvård, ej fulltext, dubletter med PubMed sökningen.

***4 artikel exkluderades då resultatet inte berörde patienters erfarenheter av egenvård.

BILAGA II. Sökmatrix PubMed

Databas, datum, sökning	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar
PubMed 250217 S1	patient*	English 2015-2025	3,989,696	0	0	0	0
S2	heart failure*	English 2015-2025	157,319	0	0	0	0
S3	self care*	English 2015-2025	161,957	0	0	0	0
S4	(perception*) OR (experience*) OR	English	1,534,626	0	0	0	0

	(perspective*) OR (attitude*) OR (view*)	2015-2025					
S5	outpatient*	English 2015-2025	122,563	0	0	0	0
S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5	English 2015-2025	84	84	10*	6**	4*** #7 #8 #9 #10

* 74 artiklar exkluderades då dem ej var ur patientens perspektiv, eller ej berörde egenvård, eller ej var av kvalitativ ansats

** 4 artiklar exkluderades då dem ej var kvalitativa studier, eller ej utforskade patientens upplevelser av egenvård

*** 2 artiklar exkluderades då dessa ej berörde kontexten öppenvård

BILAGA III. Artikelmatris

Författare, årtal, tidskrift, land	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling, analys)	Resultat	Kvalitet
#8	Tools to Support Self-Care Monitoring at Home:	Studiens syfte var att beskriva patienters erfarenheter och	Design: Kvalitativ studie.	18 av 19 deltagare hade alla erfarenhet med följande verktyg; appar, dagbok,	Medel.

<p>Aamodt, I. T., Strömberg, A., Hellesø, R., Jaarsma, T. & Lie, I.</p> <p>2020</p> <p>International Journal of Environmental Reseach and Public Health</p> <p>Norge</p>	<p>Perspectives of Patients with Heart Failure</p>	<p>prioritering av verktyg som stödjer egenvård i hemmet.</p>	<p><i>Urval:</i> 19 patienter med hjärtsvikt som rekryterades från en öppenvårsklinik.</p> <p><i>Datainsamling:</i> Semistrukturerad intervju.</p> <p><i>Analys:</i> Deduktiv innehållsanalys.</p>	<p>broschyr, kroppsvåg, väst för mätning av vätska i lungorna, videokonsultation, telefonsamtal, konsultation och konsultation ansikte till ansikte. Erfarenheten varierande från 3 till 50 år, med en variation av positiva och negativa känslor.</p>	
<p>#3</p> <p>Chew, H. S. J. & Lopez, V.</p> <p>2017</p> <p>Journal of Transcultural Nursing</p>	<p>Empowered to Self-Care: A Photovoice Study in Patients With Heart Failure</p>	<p>Studiens syfte var att utforska främjandet av egenvård hos patienter med hjärtsvikt i Singapore, vilket kan belysa potentiell motivation till egenvård.</p>	<p><i>Design:</i> Kvalitativ deskriptiv studie.</p> <p><i>Urval:</i> 16 patienter med hjärtsvikt rekryterade från en öppenvårdsklinik.</p> <p><i>Datainsamling:</i> Fokusgruppintervjuer.</p>	<p>Fyra övergripande teman identifierades: "Acceptans av livet", "Uppskattning av livet", "Underhålla meningen med livet" och "Etablera det nya normala i livet".</p>	<p>Hög.</p>

Singapore			<i>Analys:</i> Tematisk analys.		
#7 Min, D, Lee, J & Ahn, J-A. 2023 Western Journal of Nursing Research Sydkorea	A Qualitative Study on the Self-care Experiences of People with Heart Failure	Studiens syfte var att utforska djupgående erfarenheter och känslor hos personer med hjärtsvikt relaterat till egenvård.	<i>Design:</i> Deskriptiv kvalitativ studie. <i>Urval:</i> 10 patienter med hjärtsvikt rekryterades genom en öppenvårdsklinik. <i>Datainsamling:</i> Semistrukturerade intervjuer. <i>Analys:</i> Tematisk analys för kvalitativa studier.	Fem övergripande teman identifierades: "Plötsligt diagnosticerad med hjärtsvikt", "Oväntade symtom och oförberedd inför egenvård", "Beroende av stöd från närstående vid utmaningar", "Egenvård med ängslan" och "Fortsatt egenvård med experthjälp" med tillhörande 11 subteman.	Hög.
#6 Meraz, R.	Medication Nonadherence or Self-care? Understanding the Medication Decision-Making Process and Experiences of Older	Studiens syfte var att utforska patienters upplevelser och erfarenheter av följsamhet till egenvården inom medicinsk behandling för hjärtsvikt.	<i>Design:</i> Kvalitativ narrativ design <i>Urval:</i> Strategiskt och snöbollsurval på olika	Fem teman identifierades, "jag gör inte saker bara för att läkaren sagt det", "oro", "få ihop helheten", "hur jag känner mig" och "jag har inte mindre följsamhet".	Hög.

2019	Adults With Heart Failure		öppenvårdsinsatser, 11 patienter med hjärtsvikt.		
The Journal of Cardiovascular Nursing			<i>Datainsamling:</i> Djupgående, semistrukturerade intervjuer.		
USA			<i>Analys:</i> Riessman's tematiska analys		
#1	A qualitative study exploring the perceptions and motivations of patients with heart failure who transitioned from non-adherence to adherence	Studiens syfte var att utforska uppfattningar och motivationer bland personer med hjärtsvikt som övergått från utebliven följsamhet vid egenvård till följsamhet vid egenvård.	<i>Design:</i> Kvalitativ deskriptiv ansats <i>Urval:</i> 8 patienter med hjärtsvikt rekryterades från en öppenvårdsklinik.	Fem övergripande teman identifierades: "Dödlighet", "Självförmåga", Kopplingar mellan beteende & hälsa" och "Optimism & hopp".	Hög.
2020			<i>Datainsamling:</i> Fördjupningsintervju		
Heart & Lung: The Journal of Cardiopulmonary and Acute Care			<i>Analys:</i> Tematisk analys		

USA					
#10 Nordfonn, O. K., Morken, M. I., Bru, L. E. & Husebø, A. M. L. 2019 Journal of Clinical Nursing Norge	Patients' experience with heart failure treatment and self-care—A qualitative study exploring the burden of treatment	Studiens syfte var att utforska patienters uppfattning av bördan relaterat till behandling och egenvård.	<i>Design:</i> Kvalitativ studie. <i>Urval:</i> 17 patienter med hjärtsvikt rekryterade från en öppenvårds klinik. <i>Datainsamling:</i> Semistrukturerad intervju. <i>Analys:</i> Innehållsanalys.	Två övergripande kategorier identifierades "Känslomässiga utmaningar" och "Problematisk egenvård", med subteman "Ny livssituation", "Övervaka kroppsliga signaler", "Svåra transitioner", "Känslor av skuld", "Bristande vårdkoordination", "Bristande information och utbildning" och "Problematisk medicinsk behandling".	Hög.
#9 Nordfonn, O. K., Morken, M. I. & Husebø, A. M. L.	A qualitative study of living with the burden from heart failure treatment: Exploring the patient capacity for self-care	Studiens syfte var att utforska patienters uppfattning om deras förmåga att hantera behandling och egenvård.	<i>Design:</i> Deskriptiv kvalitativ studie. <i>Urval:</i> 17 patienter med hjärtsvikt rekryterade från en öppenvårds klinik.	Tre övergripande teman identifierades "Personliga egenskaper", "Copingstrategier" och "Känslomässigt och informativt stöd", med tillhörande subteman.	Hög.

2020						
Nursing Open				<i>Datainsamling:</i> Semistrukturerad intervju.		
Norge				<i>Analys:</i> Systematic Text Condensation.		
#5	Self-management of congestive heart failure among elderly men in Japan.	Studiens syfte var att identifiera egenvårdsprocesser hos patienter som undvikit återinläggningar på sjukhus under de närmsta två åren.	<i>Design:</i> Kvalitativ studie.	<i>Urval:</i> 10 patienter med hjärtsvikt rekryterades från en kardiovaskulär öppenvårdsklinik.	Sexton teman identifierades, med 3 underteman "uppfattning av hjärtsvikten", "påträffandet av nya situationer" och "planering av livet med hjärtsvikten". Ett centralt begrepp identifierades av subteman som var "balans mellan dekompenisering och egna preferenser".	Hög.
2018				<i>Datainsamling:</i> Semistrukturerad intervju.		
International Journal of Nursing Practice				<i>Analys:</i> Kvalitativt modifierad metod för grundad teori		
Japan						
#2	How do patients develop self-care behaviors to live well	Studiens syfte var att utforska patienters erfarenhet med följsamhet vid egenvård samt	<i>Design:</i> Kvalitativ studie.		Fyra övergripande teman identifierades: "Patienters perspektiv på att leva med	Hög.

<p>Son, Y.-J., Lee, Y.-M. & Kim, Y. E.</p> <p>2019</p> <p>Collegian: The Australian Journal of Nursing Practice, Scholarship and Research</p> <p>Sydkorea</p>	<p>with heart failure?: A focus group interview study</p>	<p>förmåga till egenvård efter en hjärtsviktsdiagnos.</p>	<p><i>Urval:</i> 25 patienter med hjärtsvikt som rekryterades från en kardiologisk öppenvårdsklinik.</p> <p><i>Datainsamling:</i> Fokusgruppintervju.</p> <p><i>Analys:</i> Tematisk analys.</p>	<p>hjärtsvikt”, “Hälsoinformationssökande beteende”, “Motivation och beredskap för egenvård vid hjärtsvikt” och “Hälsosam övergång”. Varje tema hade två underkategorier var.</p>	
<p>#4</p> <p>Suharsono, T., Ulya, I., Yona, S. & Siswanto, B.</p> <p>2024</p>	<p>Initiation of self-care practices in heart failure patients: a phenomenological study</p>	<p>Studiens syfte var att utforska patienters följsamhet till egenvård, samt olika stadier som upplevs efter en hjärtsviktsdiagnos</p>	<p><i>Design:</i> Kvalitativ studie med en beskrivande fenomenologisk ansats</p> <p><i>Urval:</i> 19 patienter med hjärtsvikt som rekryterades från en öppenvårdsklinik.</p> <p><i>Datainsamling:</i> Fördjupningsintervju.</p>	<p>Fyra övergripande teman identifierades: “Patienters uppfattning om hjärtsviktsdiagnos”, “Strävan för egenvård”, “Beredskap för egenvård” och “Anpassningen till nya hälsosamma vanor för hjärtsviktspatienter”. Varje tema hade fyra kategorier var, samt sammanlagt 18 underkategorier.</p>	<p>Hög.</p>

Jurnal NERS			<i>Analys: Innehållsanalys.</i>		
Indonesien					

BILAGA IV. SBU:s kvalitetsgranskningsmall för studier med kvalitativ metodik

Bedömning av studier med kvalitativ metodik

UPPDATERAD 2022-05-11

Författare: _____ År: _____

Granskare: _____

Sammanvägd bedömning av metodologiska brister:

Obetydliga eller mindre

Måttliga

Stora brister, studien ingår inte i syntesen

Kommentarer:

BEDÖMNING AV STUDIER MED KVALITATIV METODIK

1

1. Överensstämmelse mellan filosofisk hållning/teori och urval och metodik i studien?

Vilken teor eller filosofisk hållning utgick författarna från?

Hänger syfte och fråga ihop med teori/filosofisk hållning?

Ja	Nej	Oklart
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

2. Deltagare

Hur gjordes urvalet?

Stödfrågor för bedömning av brister i urvalsförandet:

Ja	Nej	Oklart
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är urvalet lämpligt för att besvara frågan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är rekryteringsmetoden lämpligt vald och genomförd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finns det allvarliga brister som kan påverka tillförlitligheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

3. Datasamling

Vilka metoder användes för datasamling?

Finns det allvarliga brister i datasamlingen som kan påverka tillförlitligheten?

Ja	Nej	Oklart
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

2

SBU – STATENS BEREDNING FÖR MEDICINSK OCH SOCIAL UTVÄRDERING

4. Analys

Vilka metoder användes för analys?

Stödfrågor för bedömning av brister i analyssteget:	Ja	Nej	Okärt
Är vald analysmetod lämplig och genomförd på ett lämpligt sätt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var forskarna reflexiva vid tolkning av data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Validerades tolkningarna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finns det allvariga brister i analysen som kan påverka tillförligheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

5. Forskaren

Vilken bakgrund och kompetens hade forskarna?

Stödfrågor för bedömning av brister:	Ja	Nej	Okärt
Har forskarna någon relation till studiedeltagarna som kan påverka datainsamlingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har forskarna hanterat sin förorsäelse på ett acceptabelt sätt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var forskarna oberoende av finansiella eller andra förutsättningar som kunde påverka analysen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finns det allvariga brister som kan påverka tillförligheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

Gör en total bedömning av risken för att metodproblem påverkar resultaten.
För in det på sidan 1.



Box 1059 | 141 21 Huddinge
Besöksadress Hälsovägen 11
Telefon 08 587 516 00 | www.rkh.se